Preventie: U komt toch ook?!

Evaluatie van de implementatie van het GMD+ in onze groepspraktijk.

Dr. Kirsten VAN RUMST, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara WILLEMS, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Peter DECAT, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013 – 2015

Abstract

Preventie: U komt toch ook?! Evaluatie van de implementatie van het GMD+ in onze groepspraktijk.

Context: Als beheerder van het Globaal Medisch Dossier verwacht men van de huisarts dat hij of zij waakt over de algemene gezondheid van de patiënt. Preventie krijgt hierin een steeds prominentere plaats. Om de huisarts daarin bij te staan werd het GMD+ en de Gezondheidsgids van Domus Medica in het leven geroepen. In een groepspraktijk in Lede werd nog geen gebruik gemaakt van deze gids en werd preventie voornamelijk vraaggestuurd besproken. Met dit project trachtte men het preventieconsult te implementeren door op een systematische wijze de doelpopulatie (45-75j) hiervoor uit te nodigen via brief of e-mail.

Onderzoeksvragen: Wat is de responsratio van een populatiegerichte uitnodiging voor een preventieconsult via brief of email? Welk communicatiemiddel kan bijgevolg in de toekomst gebruikt worden? Kan een eenmalige *recall* van geïnteresseerde patiënten een meerwaarde bieden? Welke factoren kunnen bepalend zijn voor het al dan niet deelnemen aan een preventieconsult? Waarom wensen patiënten niet in te gaan op de uitnodiging?

Methode: Eerst verrichtte ik een literatuuronderzoek van voorgaande masterproeven rond het systematisch uitnodigen voor een preventieconsult. Bepaalde verwachtingen en tendensen werden hierover in kaart gebracht. Daarna nodigde ik via brief of e-mail 288 patiënten uit tussen 45 en 75 jaar met een GMD in de praktijk. De respons per medium werd geregistreerd alsmede ook de karakteristieken van deze patiënten (geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status (SES), aantal consultaties tijdens het laatste jaar). De resultaten van de uitgevoerde preventieconsulten werden ook geanalyseerd. Men ging daarnaast ook na wat de redenen waren voor patiënten om niet deel te nemen.

Resultaten: Slechts 9.4% van de uitgenodigde populatie deed een preventieconsult na uitnodiging. In de groep die per post werd uitgenodigd was dit 7.7% en bij hen die per e-mail werden uitgenodigd 11.8%. In totaal bracht wel 24.0% de ingevulde vragenlijst terug binnen (25.4% van de groep per brief, 21.8% van de groep per e-mail). Een bijkomende *recall* bij 17 personen zorgde voor 10 extra consultaties. De opkomst bij mannen en vrouwen verliep grotendeels gelijk. De jongere patiënten (45-54j) kwamen iets meer op consultatie, maar meer ouderen (65-75j) vulden de vragenlijst in. De verschillen lagen wel dicht bij elkaar. De SES van patiënten had geen invloed op de opkomst, maar patiënten met een lagere SES brachten minder vaak de vragenlijst binnen. Patiënten die in het jaar voor de uitnodiging vaker op consultatie kwamen, gingen ook meer in op de uitnodiging. Slechts 1 op 20 patiënten had geen interesse in een preventieconsult. Pas naar de dokter willen gaan als men ziek is of het gevoel hebben reeds voldoende opgevolgd te worden, waren de belangrijkste redenen om niet deel te nemen.

Conclusies: Dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject zorgde voor de implementatie van preventie tijdens specifiek hiervoor georganiseerde consultaties. Men vond geen duidelijk verschil in respons tussen het uitnodigen per brief of e-mail, maar een kosten-batenanalyse viel positiever uit voor de uitnodiging via e-mail. Een *recall* bij respondenten zou een meerwaarde bieden om het aantal consultaties effectief te verhogen. Het gebruik van e-mail als communicatiemiddel is zeker verder te onderzoeken, maar is alvast een veelbelovende methode. Het is ook belangrijk om een specifieke strategie te ontwikkelen voor patiënten die niet vaak op consultatie komen.

Inhoudstafel

1. INLEIDING 3
   1.1. GMD+ 3
   1.2. Keuze onderwerp 4
   1.3. Doelstelling 5
   1.4. Onderzoeksvragen 5
2. LITERATUURONDERZOEK 6
   2.1. Schriftelijke uitnodiging voor preventieconsult 6
      2.1.1. Respons 6
      2.1.2. Demografische factoren 8
      2.1.3. Socio-economische factoren 10
      2.1.4. Medische factoren 11
      2.1.5. Drempels volgens patiënten 12
   2.2. Consultatie 13
      2.2.1. Tijdsinvestering 13
      2.2.2. Haalbaarheid volgens artsen 14
3. METHODIEK 16
   3.1. Design 16
   3.2. Onderzoekspopulatie 16
   3.3. Voorbereiding 16
   3.4. Implementatie 18
4. RESULTATEN 19
   4.1. Respons 19
      4.1.1. Respons per medium 20
      4.1.2. Demografische analyse 20
      4.1.3. Socio-economische factoren 26
      4.1.4. Medische factoren 26
   4.2. Geen interesse 29
5. DISCUSSIE 31
   5.1. Implementatie 31
   5.2. Respons 32
   5.3. Preventieconsult 34
   5.4. Barrières 36
   5.5. Hoe moet het nu verder? 36
6. BESLUIT 38
7. REFERENTIES 40
8. BIJLAGEN 43

1. Inleiding

1.1. GMD+

Huisartsgeneeskunde, het woord zegt het zelf: een huisarts geneest, en dit in een breder kader van totale zorg en welzijn voor de patiënt. En wat dan met het beginsel 'voorkomen is beter dan genezen'? Dit onderdeel van geneeskunde, namelijk preventieve geneeskunde, wordt momenteel grotendeels toevertrouwt aan de huisarts. Hij of zij speelt hierin een belangrijke rol. Als beheerder van het Globaal Medisch Dossier (GMD) wordt verwacht dat men waakt over de gezondheid van de patiënt als geheel. De taak van een huisarts is dus drieledig. Men is enerzijds medicus, anderzijds gezondheidszorgcoördinator en als laatste ook nog deskundige in gezondheidspreventie. Preventie is de laatste jaren een belangrijke manier geworden om bijkomende gezondheidswinst op te leveren. Er zijn een heleboel ziekten en aandoeningen die men kan helpen voorkomen door er op tijd bij te zijn of de juiste informatie of medicatie te geven. Het is dus bij deze taak dat men het Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+) moet situeren.

Een opmerkelijke kanttekening bij preventie en screening zijn de mogelijks negatieve gevolgen hiervan. Zonder juiste en begrijpelijke informatie kan men de patiënt een valselijk gevoel van geruststelling of net een onterechte onrust bezorgen. Een specifieke consultatie die enkel over preventie handelt, kan de arts tijd en ruimte geven om een patiënt net hierover juist in te lichten.

Het GMD+ werd op 1 april 2011 in het leven geroepen als instrument in de preventieve geneeskunde met als doel het GMD te verbreden en te versterken. Het GMD+ bestaat uit een reeks *evidence based* preventieve maatregelen die mede trachten patiënten gezond te houden. De huisarts houdt hierbij rekening met de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis van de patiënt. Hij of zij bepaalt welke gezondheidsrisico's de patiënt op langere termijn loopt, welke ziektes vroegtijdig kunnen opgespoord worden en of aanpassingen aan levensstijl of vaccinaties nodig zijn. Dit alles resulteert in een persoonlijk geadapteerd preventieplan. (1)

Met de bedoeling om het preventieconsult te formaliseren en om huisartsen hierbij een houvast te bieden, ontwikkelde huisartsenvereniging Domus Medica de Gezondheidsgids. (2) Deze leidraad is gebaseerd op de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en de Preventiekaart, die in 1978 werd ontwikkeld door dr. Patrick Wyffels voor de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH). De preventierichtlijnen voor goede medische praktijkvoering van Domus Medica vormden de wetenschappelijke basis van de Gezondheidsgids. Naargelang de huidige wetenschappelijke inzichten wordt de digitale Gezondheidsgids voortdurend aangepast. In september 2010 bracht men de eerste versie uit en in 2011 werd een herwerkte uitgave verspreid onder alle huisartsen. In 2014 volgde de derde (en op dit moment meest recente) editie. De Gezondheidsgids kreeg van de Vlaamse overheid toestemming als bevolkingsonderzoek voor de huisartsenpraktijk. (2) Hiermee bekrachtigt men dat de Gezondheidsgids een zinvolle en *evidence based* invulling is van het luik 'gezondheidspreventie'. Om het gebruik van het GMD+ te stimuleren staat men toe om dit via derdebetalersregeling te verrekenen en zo de drempel zo laag mogelijk te houden.

De Gezondheidsgids bevat 25 vragen voor de patiënt die handelen over 11 verschillende onderwerpen (2):

1. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten
2. Rookstopbegeleiding

3. Peilen naar het gebruik van alcohol
4. Advies gezonde voeding
5. Advies fysieke activiteit
6. Opsporing van diabetes type 2
7. Vaccinaties tegen tetanus/difterie/kinkhoest, influenza en pneumokokken
8. Screenen op colorectale kanker
9. Vroegtijdige opsporing van borstkanker
10. Screenen op baarmoederhalskanker
11. Actief bevragen van depressieve klachten en suïcidaliteit

De patiënt vult deze vragenlijst, al dan niet samen met de huisarts, in. Op die manier kan de huisarts de persoonlijke, familiale en preventiegeschiedenis alsook de leefgewoonten in kaart brengen. Met de ingevulde vragenlijst en de Gezondheidsgids in de hand leidt dit tot een persoonlijk preventieplan waarbij de huisarts dit alles omzet in praktische en duidelijke interventies. De Gezondheidsgids kan al gebruikt worden bij patiënten vanaf 18 jaar. Het nomenclatuurnummer (102395) echter dat past bij het doorlopen van de GMD+ module, mag men enkel aanrekenen bij patiënten tussen 45 en 75 jaar.

1.2. Keuze onderwerp

In de groepspraktijk waar ik mijn tweejarige opleiding als Haio volgde, werd nog geen gebruik gemaakt van de Gezondheidsgids die Domus Medica ter beschikking stelt. Preventie kwam niet op systematische wijze aan bod en werd eerder vraaggestuurd besproken. Enkel een jaarlijkse bloedafname (met o.a. screening naar diabetes) en jaarlijkse griepvaccinatie werden opportunistisch aangeboden. De meeste andere preventieve onderwerpen werden dus behandeld op van vraag van de patiënt (bv. rookstopadvies, screening colorectale of cervixkanker, enz.). De screening naar borstkanker berustte op de actieve schriftelijke uitnodiging van het Vlaams Bevolkingsonderzoek. Het bepalen van het cardiovasculair risico en het gebruik van de bijhorende SCORE-tabel werden uitzonderlijk toegepast. Risicofactoren zoals hypertensie en/of een verhoogd cholesterolgehalte behandelde men op zich en bekeek men (vaak) niet in een groter geheel als een risico om te sterven aan hart- of vaatziekten. Vaccinatie tegen tetanus werd meestal pas herhaald indien een patiënt behandeld werd voor een wonde met risico op tetanusbesmetting. Vaccinatie tegen pneumokokken werd doorgaans pas voorgesteld wanneer een specialist hierop wees.

Uit deze voorbeelden blijkt dus dat preventieve gezondheidszorg een lacune vormde in mijn opleidingspraktijk. Het systematisch invoeren van een preventieconsult zou hierbij van toegevoegde waarde zijn. Niet enkel voor de praktijk zelf was dit belangrijk, maar ook voor mijzelf in mijn vorming tot huisarts. Preventie is een van de aspecten van huisartsgeneeskunde en dient dus zeker aan bod te komen tijdens de Haio-opleiding. Mede door tijdsgebrek en het ontbreken van praktische organisatie kwam men er niet toe om de Gezondheidsgids in de praktijk te gebruiken. Daarom was in overleg met de praktijkopleider en collega's de keuze voor het praktijkproject snel gemaakt. Na het pensioen van een oudere collega en bijgevolg het 'verjongen' van het artsenteam koos men ervoor om meer *evidence based* en geformaliseerd te werken. Het invoeren van het GMD+ en de Gezondheidsgids zou hierbij helpen om op een gestructureerde en wetenschappelijk onderbouwde wijze de preventieve zijde van huisartsgeneeskunde te ontluiken. Als huisarts beschikt men over een unieke en niet te onderschatten rol in dit aspect ten opzichte van de collega's-specialisten. Huisartsgeneeskunde

kenmerkt zich door zeer veel patiëntencontacten rekening houdend met de psychische, sociale en culturele leefomgeving en probeert een lage drempel te vormen voor patiënten. Mede hierdoor zal in de toekomst preventie vermoedelijk een nog prominentere plaats krijgen in het takenpakket van de huisarts. En in plaats van het hedendaagse *case finding* zal een proactief beleid steeds belangrijker worden in de gehele geneeskunde.

1.3. Doelstelling

"Preventie: U komt toch ook?!". De titel van deze masterproef vat het kort en bondig samen. Het betreft een kwaliteitsbevorderend praktijkproject rond preventieve geneeskunde en specifiek de implementatie van het GMD+ in een groepspraktijk in het voorstedelijke Lede. Met dit project tracht men een systematische en efficiënte vorm van screening en preventie in de praktijk te introduceren door het organiseren van afzonderlijke preventieconsultaties en gebruik te maken van de Gezondheidsgids.

Door middel van een eenmalige systematische uitnodiging via brief of email van patiënten tussen 45 en 75 jaar tracht men om zoveel mogelijk preventieconsulten uit te voeren en bijhorende preventieplannen op te stellen. Hieruit hoopt men te kunnen concluderen wat een goed communicatiemiddel blijkt voor deze praktijk. In tweede instantie poogt men om de patiënten te identificeren die al dan niet ingaan op deze uitnodiging. Hiermee kan men in de toekomst dan nieuwe strategieën ontwikkelen om op een efficiënte wijze zoveel mogelijk patiënten te overtuigen deel te nemen aan een preventieconsult. Het uiteindelijke doel is om een betere kwaliteitszorg te bieden aan iedere patiënt. Als laatste hebben patiënten de mogelijkheid om aan te geven waarom ze niet wensen in te gaan op de uitnodiging. Hieruit kan men hopelijk belangrijke lessen trekken voor toekomstige implementatiestrategieën.

Tijdens het uitrollen van het praktijkproject bleek dat heel wat patiënten de vragenlijst wel binnenbrachten, maar geen afspraak maakten om een preventieplan op te stellen. Daarom voegde men aan de strategie een eenmalige bijkomende telefonische *recall* toe indien patiënten na 3 maanden geen afspraak hadden gemaakt. Het valt dus ook te bezien of deze *recall* een meerwaarde zou kunnen betekenen.

1.4. Onderzoeksvragen

In een groepspraktijk met 2 artsen, 2 Haio's en 1 praktijkassistente in het voorstedelijke Lede maakte men nog geen gebruik van de Gezondheidsgids van Domus Medica. Het praktijkproject omhelsde het gebruik van deze gids en de implementatie van het preventieconsult. Men nodigde op systematische manier een steekproef van de doelpopulatie (45-75j) uit voor een preventieconsult. Er werd daarbij getracht om op volgende onderzoeksvragen een antwoord te formuleren:

1. Wat is de responsratio van een populatiegerichte uitnodiging voor een preventieconsult via brief of email? Welk communicatiemiddel kan bijgevolg in de toekomst gebruikt worden?
2. Kan een eenmalige *recall* van geïnteresseerde patiënten een meerwaarde bieden?
3. Welke factoren kunnen bepalend zijn voor het al dan niet deelnemen aan een preventieconsult?
4. Waarom wensen patiënten niet in te gaan op de uitnodiging voor een preventieconsult?

2. Literatuuronderzoek

In het verleden werden al zeer veel masterproeven (>30!) gepubliceerd die handelen over het GMD+ en het preventieconsult. Daarom lag de focus tijdens de literatuurstudie voornamelijk op deze proefschriften. Het voordeel was dat zij ook plaatsvonden in de specifieke Vlaamse omstandigheden en dus het dichtst aanleunden bij de situatie in dit onderzoek. Er werd gezocht met behulp van de zoekmotor op de website van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) met volgende trefwoorden: preventieconsult, GMD+, GMD plus, gezondheidsgids en preventie. De database waarin werd gezocht, bevatte alle thesissen tot en met het afstudeerjaar 2013. Van al deze proefschriften was op de website niet altijd een volledige versie beschikbaar. Het abstract kon men wel steeds consulteren. Via de referenties in deze thesissen konden interessante artikels verder geraadpleegd worden.

2.1. Schriftelijke uitnodiging voor preventieconsult

Er bestaan verschillende methoden om patiënten uit te nodigen voor een preventieconsult. Men kan op een opportunistische wijze uitnodigen door bijvoorbeeld de patiënt aan te spreken tijdens een gewone consultatie of een poster op te hangen in de wachtzaal. Men kan er ook voor kiezen om een eerder systematische aanpak te hanteren door de patiëntenpopulatie aan te schrijven of op te bellen. Dit literatuuronderzoek richt zich specifiek op de schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult.

2.1.1. Respons

De laatste jaren verschenen over de verschillende uitnodigingsstrategieën al meerdere studies van huisartsen-in-opleiding. Melissa Musschoot was in 2008 de eerste die onderzocht wat de respons was van patiënten op een uitnodigingsbrief voor een preventieconsult. Zij analyseerde dit nog voor de totstandkoming van de Gezondheidsgids van Domus Medica en lag zo ook mee aan basis van deze gids. In haar onderzoek werd een deel van de patiënten die een uitnodigingsbrief ontvangen hadden ook aangesproken tijdens een gewone consultatie. Uiteindelijk gingen 17 patiënten (17/51) in op de uitnodiging. Hierbij bleek dat voornamelijk de patiënten die zowel mondelinge informatie kregen als een uitnodigingsbrief ontvingen, reageerden (11/24). Dit is duidelijk meer dan de patiënten die enkel een brief kregen (6/27). (3)

Auteur	Absolute opkomst	Relatieve opkomst	Opmerkingen
Musschoot, 2009 (3)	6/27	22.2 %	Enkel ptn met DM2, AMI, CVA, CV-interventie, hypertensie of BMI≥30; consultatie bij Haio
Cosyn, Vandenberghe, 2012 (4)	171/847	20.2 %	Ptn 50-75j + affiche in wachtzaal
Tratsaert, 2012 (5)	13/87	14.9 %	Ptn 50-60j, consultatie bij Haio + poster in wachtzaal
Rowies, 2012 (6)	19/100	19.0 %	Ptn 45-55j, consultatie bij Haio + zaterdagconsultaties speciaal hiervoor
Fouvry, Feys, 2012 (7)	45/385	11.7 %	Ptn zonder comorbiditeit of chronische medicatie, consultatie bij Haio
De Clerck, 2012 (8)	53/179	29.6 %	Preventieconsult geheel gratis

Priem, Van Dierdonck, 2013 (9, 10)	50/776	6.4 %	Forfaitaire praktijk + affiche in wachtzaal, + reminder op elk bureau, + artikel in patiëntenkrantje
Kavalevich, 2013 (11)	117/200	58.5 %	Consultatie bij Haio
Carnol, 2013 (12)	131/723	18.1 %	+ affiche in wachtzaal, + aanspreken tijdens consultatie
Smeets, 2013 (13)	1/25	4.0 %	Ptn 50j, forfaitaire praktijk
Vernooij, 2013 (14)	55/397	13.9 %	Consultatie bij verpleegkundige
Lambrechts, Schippers, 2013 (15, 16)	33/294	11.2 %	Ptn 50-55j, i.s.m. Preventiecentrum Turnhout
Delanoye, 2013 (17)	21/120	17.5 %	
Cools, 2013 (18)	77/163	47.2 %	Ptn 50-54j, forfaitaire praktijk, consultatie bij externe verpleegkundige
Totaal	**792/4323**	**18.3 %**	

Tabel 1 Overzicht van resultaten van thesissen over deelname aan preventieconsult na schriftelijke uitnodiging.

Uit Tabel 1 kan men concluderen dat gemiddeld 18.3% van de Vlaamse patiënten ingaat op een eenmalige schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult. Hierbij springen er wel een aantal cijfers van tussenuit.

De lage opkomst in het onderzoek van Miek Smeets (1/25) is niet relevant vermits er een zeer beperkt aantal patiënten per brief werd uitgenodigd. (13) Ook in het onderzoek van Marieke Priem en Sylke Van Dierdonck bekwam men een matige opkomst (50/776, 6.4%). Zij zochten hierbij zelf naar mogelijke verklaringen. Er was een taalbarrière aanwezig vermits veel van hun patiënten noch Nederlands, noch Frans, noch Engels spraken en er waren best wat ongeletterden. Onjuiste adressen vormden ook een probleem en ondanks dat het om een forfaitaire praktijk ging, bleken sommige patiënten schrik te hebben voor eventuele extra financiële kosten (van o.a. technische onderzoeken). (9, 10)

In de thesis van Karen De Clerck werd een mooie opkomst van 29.6% (53/179) behaald na schriftelijke uitnodiging. Dit zou kunnen verklaard worden doordat het preventieconsult volledig gratis werd aangeboden. (8) Ook in het onderzoek van Inge Cools werd een hoge respons bekomen na een eerste uitnodiging (77/163, 47.2%). Dat de doelgroep reeds vertrouwd was met populatiegerichte acties vanuit de praktijk zou een reden kunnen zijn voor dit mooie resultaat. Een andere mogelijke verklaring zou de forfaitaire werking van de praktijk kunnen zijn. (18) Dit is wel niet geheel te correleren met de bevindingen uit het onderzoek van Marieke Priem en Sylke Van Dierdonck. (9,10) De hoogste opkomst zag men in het onderzoek van Nadzeya Kavalevich (117/200, 58.5%). Een mogelijke verklaring voor deze grote respons werd helaas niet gevonden. (11)

Als we al deze cijfers uit voorgaand onderzoek bekijken, lijkt het realistisch om zeer tevreden te zijn indien men met dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject een opkomst van iets minder dan 20% zou bekomen.

Marieke Priem deed in 2012 onderzoek naar barrières voor patiënten om deel te nemen aan een preventieconsult. Daaruit bleek dat het “ontbreken van een uitnodiging of herinnering” voor 75% van de respondenten een heel belangrijke reden was om niet deel te nemen. (9) Sylke Van

Dierdonck onderzocht in een gelijklopend onderzoek de stimuli voor patiënten om deel te nemen aan een preventieconsult. Uit dit onderzoek bleek dat patiënten maar weinig belang hechtten aan een uitnodiging. (10) Een uitnodigingsbrief is nochtans logischerwijze wel een facilitator, maar is niet het meest doorslaggevende argument om in te gaan op de uitnodiging. Dit wordt eveneens beschreven in de literatuur. (19-21) Daarin concludeert men dat een uitnodiging onontbeerlijk is voor deelname, maar dat het onvoldoende is om effectief een preventief onderzoek uit te voeren. Hoewel een uitnodiging niet doorslaggevend is, is het wel cruciaal voor de respons.

Verder zijn er in de literatuur nog meer resultaten te vinden over de respons van patiënten na schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult. Van de Kerkhof et al. onderzochten in Nederland de deelname aan een preventieconsult voor cardiometabole aandoeningen. Men nodigde 1704 patiënten uit per brief om in de eerste plaats een screeningsvragenlijst in te vullen en terug te sturen. In totaal retourneerden maar liefst 1270 patiënten (74.5%) deze vragenlijst. (22) Het ging hier dus enkel over het terugsturen van een vragenlijst en niet over het actief deelnemen aan een preventieconsult. Ook het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) onderzocht in 2010 de respons na een schriftelijke oproep voor een cardiovasculair preventieconsult. Van de 1583 uitgenodigde patiënten vulden 512 patiënten (32.3%) de online risicoschatting in. Uiteindelijk kwam 36.2% van de hoog-risicogroep op consultatie. (23) De cijfers van deze twee Nederlandse studies liggen vrij hoog als we deze vergelijken met de cijfers die terug te vinden zijn in de Vlaamse thesissen. Men zou kunnen stellen dat de Nederlandse studies zich richtten op 1 specifiek preventief onderdeel, namelijk het cardiovasculair risico. Dit zou bij de bevolking als een algemeen gekend en belangrijk gezondheidsrisico kunnen beoordeeld worden en daardoor een hogere respons verklaren. Dat hoog-risicopatiënten een grote opkomst vertoonden, zou men dan weer kunnen verklaren doordat hun huisarts vóór dit onderzoek hun aandacht hierop al vestigde. Door het bijkomend advies van de huisarts zou men het belang van cardiovasculaire preventie reeds op voorhand al kunnen ingezien hebben.

2.1.2. Demografische factoren

- Geslacht

Uit Tabel 2 kan men vermoeden dat in Vlaanderen zowel mannen als vrouwen een even grote participatiegraad vertonen na schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult (resp. 18.5% vs. 19.3%). Als we de onderzoeken er op nalezen, wordt dit ook bevestigd met statistisch niet significante verschillen tussen beide geslachten. (4, 11)

Auteur	Respons mannen	Respons vrouwen	Opmerkingen
Musschoot, 2009 (3)	5/30 (16.7%)	12/21 (57.1%)	Enkel ptn met DM2, AMI, CVA, CV-interventie, hypertensie of BMI≥30; consultatie bij Haio; samengevoegd resultaat met groep zowel schriftelijke als mondelinge uitnodiging
Cosyn, Vandenberghe, 2012 (4)	75/402 (18.7 %)	96/445 (21.6 %)	Ptn 50-75j, + affiche in wachtzaal Statistisch niet significant verschil (p = 0.38)

Priem, Van Dierdonck, 2013 (9, 10)	20/312 (6.4 %)	30/464 (6.5 %)	Forfaitaire praktijk + affiche in wachtzaal, + reminder op elk bureau, + artikel in patiëntenkrantje
Kavalevich, 2013 (11)	56/99 (56.6 %)	61/101 (60.4 %)	Consultatie bij Haio Statistisch niet significant verschil (p = 0.66)
Totaal	**156/843 (18.5%)**	**199/1031 (19.3%)**	

Tabel 2 Overzicht van resultaten van thesissen over deelname van mannen en vrouwen aan preventieconsult na een schriftelijke uitnodiging.

Zoals reeds aangehaald onderzocht Sylke Van Dierdonck in 2012 wat de redenen zijn voor patiënten om deel te nemen aan een preventieconsult. In de focusgroep was een van de redenen die regelmatig terugkwam, het geslacht van de patiënt. Een van de patiënten verwoorde het zo: "Vrouwen zijn eerder geneigd om voor hun lichaam te zorgen en zullen dus ook sneller op preventieconsult komen." Van de mensen die tijdens haar onderzoek, samen met Marieke Priem, op preventieconsult kwamen, waren er 30 vrouwen en 20 mannen. Eén deelnemer merkte in dit verband op dat het vooral de moeders zijn die met hun kind naar de arts gaan bij ziekte of voor vaccinaties. "Hierdoor komen zij ook veel meer in contact met gezondheidszorg en hebben zij vermoedelijk meer kennis van de preventieve mogelijkheden. Mannen, die volgens de traditionele rolverdeling vooral instaan voor het werk, worden hiermee veel minder geconfronteerd." Anderzijds was men er vanuit de focusgroep wel van overtuigd dat vrouwen een positieve invloed kunnen hebben op de respons van mannen. (10)

- Leeftijd

In het onderzoek van Eva Cosyn en Stijn Vandenberghe werd de hoogste respons waargenomen in de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar (35/132, 26.5%). De categorie van 55 tot 59 jaar kende samen met de groep tussen 50 en 54 jaar de laagste respons (resp. 30/196; 15.3% en 37/238; 15.6%). Na logistische regressie bleek er toch geen significant verschil te bestaan. In dit onderzoek werden patiënten pas vanaf 50-jarige leeftijd uitgenodigd. (4)

Tijdens het onderzoek van Karen De Clerck zag men de grootste respons bij de groep patiënten tussen 50 en 54 jaar (11/33). De laagste opkomst werd bij de jongste groep (45 – 49 jaar) opgetekend (6/43). Deze opkomst was ook duidelijk lager dan bij patiënten tussen 50 en 75 jaar. (8)

In het onderzoek van Marieke Priem en Silke Van Dierdonck waren de jongere patiënten, met een leeftijd tussen 45 en 55 jaar, dan weer duidelijk talrijker aanwezig op het preventieconsult dan de oudere twee leeftijdsgroepen (resp. 252/407; 62% t.o.v. 43/266; 16% van 56 – 65j en t.o.v. 23/103; 22% van 66 – 75j). (9, 10)

Tine Bosmans onderzocht in haar thesis wat de respons was op een uitnodiging voor een preventieconsult aan de hand van een folder die op het bureau lag van de arts. Er werd daarbij al dan niet extra uitleg gegeven. Uit dit onderzoek bleek dat de groep patiënten uit de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar het vaakst inging op de uitnodiging (9/88; 10.2%). De jongste patiënten (45 – 54 jaar) namen het minst deel (11/157; 7.0%). (24)

Uit deze vier studies is geen algemene conclusie te trekken wat betreft de leeftijdsverdeling van patiënten die ingaan op een preventieconsult. In de ene studie blijkt de jongste groep patiënten

het minst in te gaan op de uitnodiging, en in de andere nemen ze dan net het vaakst deel. Dit zou kunnen verklaard worden doordat elke praktijkpopulatie anders is. Uitgaande van deze veronderstelling kan men verantwoorden waarom thesisonderwerpen die reeds vele malen werden herhaald (zoals de implementatie van het GMD+), blijvend onderzocht worden in de eigen opleidingspraktijk. In dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject gaat men er dan ook van uit dat het moeilijk te voorspellen zal zijn welke leeftijdsgroep het vaakst en welke groep het minst vaak zal ingaan op de uitnodiging. Daarom is het van belang om aan de hand van dit onderzoek te kunnen concluderen welke (o.a. leeftijds-)groep het minst respons vertoont op de uitnodiging. Aan de hand van die resultaten kan in de toekomst dan uitgezocht worden welke strategieën er in de praktijk nodig zijn om ook deze patiënten te overtuigen.

2.1.3. Socio-economische factoren

Om patiënten te identificeren met een lagere sociaaleconomische status (SES) gebruikt men vaak de determinant 'verhoogde tegemoetkoming' (ook gekend als Omnio-statuut). De invloed van deze lagere status werd in vroegere proefschriften reeds beschreven.

Uit het onderzoek van Eva Cosyn en Stijn Vandenberghe bleek 21.9% van de patiënten met een verhoogde tegemoetkoming en 21.5% van de groep zonder verhoogde tegemoetkoming te reageren op de uitnodiging voor een preventieconsult. Zij besloten ook dat een schriftelijke uitnodiging voor een algemeen preventieconsult in een landelijke of voorstedelijke praktijk vermoedelijk de sociale ongelijkheid die bestaat in de gezondheidszorg niet vergroot. Echter, door een zeer laag aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming kon hier geen definitief besluit in genomen worden. (4)

Ook uit het onderzoek van Nadzeya Kavalevich bleek de responsgraad niet significant afhankelijk te zijn van de verzekeringsstatus: 51.4% van de Omnio-groep ten opzichte van 60.0% van de gewoon verzekerden. De iets lagere opkomst in de Omnio-groep was gecorreleerd aan een lagere mannelijke respons in deze groep: 41.2% ten opzichte van 61.1% bij de vrouwen. Bij gewoon verzekerden liep de geslachtsverdeling eerder gelijk. (11)

Joke Fouvry en Charlotte Feys onderzochten in hun thesis wat de beroepsklasse was van patiënten die ingingen op de uitnodiging voor een preventieconsult. Van de groep deelnemers was bijna de helft van de patiënten bediende (46.7%). Eén op vier van de deelnemers was zelfstandige en nog eens één op vier arbeider (elk 24.4%). Op voorhand ging men niet na in welke beroepsklasse de aangeschreven patiënten zich bevonden. Hierdoor kon men geen relatieve opkomst per klasse berekenen. (7)

Uit het onderzoek van Andreas Delanoye bleek dat er tussen respondenten en niet-respondenten geen significant verschil was qua gezinssituatie, opleidingsniveau of beroep. (17)

Op basis van de gegevens van ziekenfondsen bleken er in België meer cardiovasculaire aandoeningen voor te komen in de lagere sociale klassen. Uit deze gegevens bleek ook dat patiënten uit de laagste sociale klasse minder deelnamen aan preventieve geneeskunde. In 2006 waren CM-leden uit deze klasse 6% minder gevaccineerd dan mensen uit de hoogste sociale klasse. In de laagste sociale klasse werden ook 13% minder uitstrijkjes uitgevoerd dan in de referentiepopulatie, en 21% minder dan in de hoogste sociale klasse. Wat borstkankerscreening betrof, was het verschil in participatie 17% tussen de laagste en hoogste sociale klasse. (25)

Aarts *et al*. beschreven in een review tegenstrijdige resultaten over screening naar colorectale kanker. In de Verenigde Staten bestond er een hogere incidentie van colorectale kankers bij personen met een lagere SES (RR 1,0-1,5), terwijl er in Duitsland net een lagere incidentie bestond in deze groep (RR 0,3-0,9). Men moet zich de vraag stellen of dit kan verklaard worden doordat screening in Duitsland voornamelijk op opportunistische basis gebeurde. Op die manier zou men voornamelijk personen met een betere SES bereiken. Door het effect van de screening op zichzelf kan er in deze groep dus tijdelijk een verhoging van de incidentie optreden (selectiebias). Hoe dan ook hadden personen met een lagere SES in beide gevallen een slechtere behandelingsgraad, overlevingsgraad en een hogere mortaliteit. (26)

Uit onderzoek blijkt dat er soms een verschil is in deelname aan preventie naargelang de SES, met een mindere participatie en minder interesse bij de lagere sociaaleconomische klasse. Meer stress en minder sociale ondersteuning in deze klasse zijn volgens Wardle *et al*. psychosociale redenen die dit verklaren. Daarnaast zijn er ook cognitieve verklaringen zoals andere opvattingen en verwachtingen over risico en screening. Dit alles leidt tot ander gezondheidsgedrag (o.a. roken) en een slechtere *outcome*. Vreemd genoeg blijkt, ondanks de lagere participatiegraad, de angst voor kanker hoger te zijn bij de lagere sociaaleconomische klasse. Zij die een hogere SES hebben, zien meer voordelen in preventie en hebben minder angsten. Hierdoor zou deze klasse dus meer interesse hebben om deel te nemen. (27)

2.1.4. Medische factoren

In het onderzoek van Eva Cosyn en Stijn Vandenberghe werd geen verschil opgetekend qua respons tussen patiënten met of zonder chronische medicatie. De participatiegraad in beide groepen bedroeg respectievelijk 20.3% en 20.0%. (4) Ook in de thesis van Inge Cools bleek er geen significant verschil te bestaan tussen de responders en non-responders wat het gebruik van chronische medicatie betrof (resp. 33.1% en 31.6%). (18)

Uit het onderzoek van Dries Rowies bleek dat de respons van chronische patiënten (patiënten die minimaal 2 keer per jaar consulteren omwille van eenzelfde gezondheidsprobleem) op 38% lag. (6) Eva Cosyn en Stijn Vandenberghe concludeerden uit hun onderzoek dat de kans op deelname na schriftelijke uitnodiging significant toenam naarmate men frequenter op consultatie kwam. Het aantal consultaties van een patiënt in het laatste jaar en de respons bleken significant gecorreleerd. De onderzoekers probeerden dit te verklaren doordat patiënten die frequenter consulteren, meer bezorgd zouden zijn om hun gezondheid en dus ook meer zouden deelnemen aan preventie. Een andere mogelijke verklaring is dat patiënten die meer consulteren een betere band zouden hebben met hun arts, waardoor de drempel om deel te nemen lager kan zijn. (4) Uit het onderzoek van Tom Lambrechts en Wim Schippers bleek dat 11 patiënten die ingingen op het preventieconsult (14% van de respondenten) in het voorgaande jaar niet of slechts één maal naar de huisarts gingen. Achtenzestig respondenten daarentegen (86%) gingen twee of meerdere keren naar de huisarts in het jaar voor de uitnodiging. (15, 16) Uit het onderzoek van Inge Cools bleek dat bijna 9 op 10 respondenten (86.8%) minstens één keer in de praktijk kwam het laatste jaar. Van de non-responders had bijna één op vijf (19.2%) geen contact met de praktijk in het afgelopen jaar. Er werd dus een klein verschil opgemerkt tussen responders en non-responders wat betreft het al dan niet consulteren tijdens het laatste jaar. (18)

Uit deze vier thesissen valt te besluiten dat de respons op een uitnodiging voor een preventieconsult en de frequentie van consulteren in het jaar voor de uitnodiging met elkaar gecorreleerd zijn. De vraag is dan ook of dit ook in deze studie kan bevestigd worden.

2.1.5. Drempels volgens patiënten

In de thesis van Melissa Musschoot lezen we dat 6 van de 24 mondeling uitgenodigde (hoog-risico) patiënten geen interesse hadden in een preventieconsult. Vier patiënten vonden dat ze reeds voldoende opgevolgd werden, één patiënt gaf aan dat hij schrik had voor de mogelijks negatieve resultaten en een andere patiënt vermeldde dat hij reeds voldoende frequent op consultatie kwam en dat dit tijdens een standaardconsultatie aan bod zou moeten komen. Men dient er wel rekening mee te houden dat de antwoorden in dit onderzoek niet via een anonieme enquête werden verkregen. (3)

Marieke Priem onderzocht in haar masterproef welke de barrières zijn die patiënten ervan weerhouden om deel te nemen aan een preventieconsult. Uit dit onderzoek kon men drie belangrijke conclusies trekken: maar liefst 75% van de non-responders gaf aan geen uitnodiging of reminder te hebben ontvangen. De onderzoekster zei zelf dat in haar opleidingspraktijk het bijhouden van adreswijzigingen een groot probleem was. Dit verklaart mogelijks waarom zoveel non-responders dit als reden opgaven. Als tweede belangrijkste reden (53.6%) werd het reeds goed zorg dragen voor de eigen gezondheid en/of al voldoende opgevolgd worden door de huisarts, aangehaald. De derde belangrijkste reden (42.8%) was het niet weten wat men bedoelt met 'preventieconsult'. In haar onderzoek viel op dat vrouwen duidelijk meer angst zouden hebben dan mannen (angst voor resultaat of eventuele onderzoeken, angst dat het te confronterend zou zijn, angst voor extra financiële kosten). (9)

Uit het onderzoek van Liesbet Pauwels bleek voornamelijk dat patiënten niet ingingen op de uitnodiging omdat ze het vergeten waren, door tijdsgebrek of omdat ze dachten dat het voor hen niet nodig was. Ze trok deze conclusie na het analyseren van 50 enquêtes ingevuld door patiënten die niet ingingen op de uitnodiging voor een preventieconsult. (28)

De voornaamste redenen om geen preventieconsult aan te vragen bleken in het onderzoek van Eline Tratsaert volgende te zijn: "Ik zal wel naar de dokter komen als ik ziek ben" (5/11) en "Ik heb er geen tijd voor" (4/11). "Ik geloof niet in preventie" werd geen enkele keer als reden opgegeven. (5)

Anneleen Mannaerts verrichte onderzoek naar de implementatie van het preventiesjabloon in het elektronisch medisch dossier (EMD) en de toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. Door middel van *case finding* werden 197 vragenlijsten van Domus Medica meegegeven tijdens de gewone raadpleging. Zes patiënten die niet wensten deel te nemen aan het preventieconsult, vulden een vragenlijst in waarbij ze de reden(en) hiervoor opgaven. Opvallend was dat geen van deze patiënten ooit op voorhand had gehoord van een preventieconsult. Drie patiënten vermeldden dat ze wel op tijd naar hun huisarts zouden gaan indien er zich een probleem zou voordoen. Twee patiënten begrepen niet waarom preventie zinvol is en nog eens twee patiënten gaven aan dat ze de meeste preventie-items zelf al goed lieten opvolgen. Extra argumenten die door de patiënten zelf aangehaald werden: "Vroeger werd dit toch ook niet gedaan" en "Op onze leeftijd is dit toch niet meer echt nodig". (29)

In het onderzoek van Dries Rowies (enkel patiënten tussen 45 en 55 jaar) gaf maar liefst 44% van de non-responders aan dat ze geen tijd hadden voor een preventieconsult. Nog eens 11% gaf aan geen tijd te hebben én dit ook vergeten te zijn. Dat dit percentage hoger lag dan in andere studies is mogelijks te verklaren doordat hier een specifieke 'actieve' populatie werd bestudeerd die minder vrije tijd heeft dan de oudere populatie. (6)

Uit het onderzoek van Nadzeya Kavalevich bleken de meest aangehaalde antwoorden op de vraag waarom de eerste oproep niet beantwoord werd: "ik ben dat vergeten"(46,7%), "geen tijd gehad" (13,3%), "ik heb niets ontvangen" (13,3%) of "ik wilde in eerste instantie niet meedoen" (13,3%). (11)

Ook Andreas Delanoye onderzocht wat de redenen zijn voor patiënten om niet deel te nemen aan het preventieconsult. Als belangrijkste reden (50.0%) vond de onderzoeker dat men het nut van dit consult niet inzag. Veertien mensen (46.6%) hadden geen interesse. Zes mensen (20.0%) gaven aan het preventieconsult vergeten te zijn. Vijf mensen (16.6%) hadden geen tijd. Vier mensen (13.3%) hadden de brief niet begrepen en 3 mensen (10.0%) waren angstig voor een ongunstige uitslag. Opmerkelijk is dat er een randsignificant verschil gevonden werd tussen het opleidingsniveau van personen die het nut al dan niet inzagen. In de groep lager opgeleiden zagen meer mensen het nut van een preventieconsult niet in (p=0,09). (17)

In al deze proefschriften zijn er een aantal drempels die steeds terugkeren waarom patiënten niet ingaan op de uitnodiging voor een preventieconsult: geen interesse, vergeten, geen tijd, pas naar de dokter gaan als men ziek is, angst voor de uitslag, reeds voldoende opgevolgd worden of niet goed weten wat preventie of het nut hiervan is. Hierbij moet men opmerken dat 'geen interesse' geen concrete drempel is. Men moet zich de vraag stellen waarom een patiënt geen interesse heeft. De drempels die patiënten ondervinden om deel te nemen aan het preventieconsult zullen ook in deze studie onderzocht worden.

2.2. Consultatie

De hierna volgende paragrafen 'Tijdsinvestering' en 'Haalbaarheid' van het preventieconsult maken geen concreet deel uit van het praktijkproject. Er werd in voorgaande thesissen gezocht naar deze invalshoeken met de bedoeling beter voorbereid te zijn op de implementatie. De resultaten van dit deel van het literatuuronderzoek vormen een opsomming en moeten ook als dusdanig beschouwd worden.

2.2.1. Tijdsinvestering

In het onderzoek van Melissa Musschoot voorzag de onderzoekster 1 uur voor het preventieconsult. Dit was nog voor de introductie van de Gezondheidsgids. In deze studie werkte men met een eigen (uitgebreider) protocol. (3)

Volgens de enquête van Lenie Jacobs bij huisartsen in Malle en Zoersel had men gemiddeld 12,5 minuten nodig om aan de hand van de Gezondheidsgids een preventieplan op te stellen. Er werd een grote individuele variatie gemeten bij dertien huisartsen. De tijd die men nodig had varieerde tussen 5 en 30 minuten. (30)

Het administratieve werk, het reeds uitvoeren van preventieve acties en de bijkomende vragen van patiënten leidden ertoe dat tijdens het onderzoek van Eline Tratsaert slechts een kwart van

de preventieconsulten kon afgerond worden binnen de voorziene dertig minuten. Gemiddeld waren er 35 minuten nodig om voor iedere patiënt een preventieplan op maat op te stellen. (5)

Tijdens het onderzoek van Tine Bosmans was de gemiddelde tijdsbesteding 43 minuten per persoon. Dit gemiddelde werd vooral naar beneden gehaald door enkele koppels die samen langskwamen waardoor men een aantal onderwerpen voor beiden tegelijkertijd kon bespreken. Een consult voor een individuele patiënt duurde immers al gauw een uur. (24)

Een eerste preventieconsult duurde in het onderzoek van Nadzeya Kavalevich gemiddeld 20 minuten. Indien de vragenlijst op voorhand reeds volledig werd ingevuld kon men het consult gemiddeld 3 minuten sneller afronden. (11)

Tijdens het onderzoek van Laure Carnol duurde een preventieconsult tussen 25 en 40 minuten. Gemiddeld genomen duurde het consult 30 minuten. (12)

Uit het onderzoek van Stijn Mennes bleek dat een arts gemiddeld 14 minuten (*range* 6 – 35 min.) nodig had om een preventieplan op te stellen voor een patiënt. Bespreken van het preventieplan met de patiënt duurde gemiddeld 26 minuten (*range* 8 – 45 min.). (31)

Sarah Vanhulsel gebruikte tijdens haar onderzoek een speciaal op maat ontworpen preventiemodule in Excel. Door de vragenlijsten in het programma in te geven, werd automatisch een actieplan per patiënt opgesteld. Uit dit onderzoek bleek dat het ingeven van de vragen, het kopiëren van de actieplannen en het aanduiden in het EMD dat het GMD+ afgenomen werd, gemiddeld 1 minuut en 21 seconden duurt bij vragenlijsten die volledig ingevuld waren. Bij vragenlijsten die onvolledig ingevuld werden, duurde dit uiteraard langer. (32)

2.2.2. Haalbaarheid volgens artsen

Melissa Musschoot besloot dat zij haar preventieconsult (met een uitgebreid preventieprotocol) niet verder kon zetten in de toenmalige vorm. Mits de nodige praktijkondersteuning zag zij dit wel zitten. (3)

Anneleen Mannaerts besloot dat in haar opleidingspraktijk het systematisch organiseren van aparte preventieconsulten door de deelnemende artsen niet haalbaar werd bevonden, voornamelijk wegens tijdsgebrek. Het principe van een preventieconsult werd wel positief onthaald als de patiënt uit eigen initiatief op raadpleging zou komen enkel voor preventie. Het belangrijkste doel van deze artsen was voornamelijk een meer constante integratie van preventie gedurende de gewone raadpleging. (29)

Dries Rowies benadrukte in zijn thesis dat verdere inspanning en ondersteuning van de overheid noodzakelijk is om in alle EMD's de preventiemodules te optimaliseren, de Gezondheidsgids nog gebruiksvriendelijker te maken en artsen op een correctere manier hiervoor te vergoeden. Enkel zo zouden meer huisartsen deze preventieve taak op zich kunnen nemen. (6)

In de enquête van Stijn Verhaegen gaven de artsen van zijn opleidingspraktijk een gebrek aan tijd en een gebrekkige financiële beloning aan als problemen bij de implementatie van het preventieconsult. (33)

Laure Carnol besloot dat hoewel ze veel positieve zaken met zich meebrengen, de organisatie en het uitvoeren van de preventieconsultaties een belangrijke tijds- en werkinvestering vragen. Het versturen van schriftelijke rappels of telefonische herinneringen zou een te grote werklast zijn voor de praktijk. Een jaarlijkse schriftelijke uitnodiging leek wel haalbaar. De artsen van deze praktijk gingen er van uit dat deze jaarlijkse uitnodigingen ook de patiënten zouden stimuleren die nog niet gekomen waren. Door de tijdsdruk van de preventieconsultatie (± 30minuten) bleef men erbij om deze consultaties gescheiden te houden. (12)

In de praktijk van Stijn Mennes werd het opstellen en het bespreken van de preventieplannen als "eerder vlot" tot "vlot" geëvalueerd. *"Het inschakelen van een verpleegkundige lijkt wel noodzakelijk om het uitvoeren van de preventieconsulten op lange termijn haalbaar te houden. De verpleegkundige kan een groot deel van het administratieve werk van de arts overnemen en instaan voor bloedafnames en andere technische akten. In België bestaat momenteel echter geen aangepaste financiering en geen duidelijk wettelijk kader voor de tewerkstelling van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk."* aldus Stijn Mennes. (31)

Inge Cools besloot dat het preventieconsult praktisch uitvoerbaar en toepasbaar is in een goed georganiseerde huisartspraktijk met praktijkondersteuning (software, praktijkassistentie en verpleegkundigen). Zij gaf aan dat deze randvoorwaarden (vaak) niet aanwezig zijn in kleinere huisartspraktijken. Groeperen, systematiseren en preventie op regionaal niveau zouden een mogelijke oplossing zijn volgens haar (bv. Preventiecentrum Turnhout). (18)

Sarah Vanhulsel concludeerde dat tijd één van de grote struikelblokken blijft. Daarom stelde zij voor om het GMD+ te beschouwen als een episodisch project in plaats van alles in één raadpleging af te werken. De bedoeling zou dan zijn om bij elk patiëntencontact terug te komen op een aspect van het GMD+ (bv. bespreken van de vragen, opstellen van actieplannen, bespreken van actieplannen, uitvoeren van actieplannen, enz.). (32)

3. Methodiek

3.1. Design

Deze masterproef betreft een prospectief observationeel onderzoek in een huisartsenpraktijk met 2 artsen, 2 Haio's en 1 praktijkassistente in het voorstedelijke Lede. Men tracht de implementatie van de Gezondheidsgids/GMD+ en het bijhorend preventieconsult op een systematische wijze te organiseren. Voorheen werd er nog geen gebruik gemaakt van de Gezondheidsgids en bestonden er geen specifieke preventieconsulten.

3.2. Onderzoekspopulatie

De studiepopulatie bestond uit patiënten tussen 45 en 75 jaar. Dit is de groep patiënten waarvoor het Riziv het nomenclatuurnummer van de preventiemodule (GMD+) in het leven heeft geroepen. (34) Een voorwaarde hierbij is dat de huisarts beschikt over het GMD van de patiënt. Uit een advies van de Orde van Geneesheren kan men besluiten dat patiënten die in de laatste 2 jaar een GMD afsloten, mogen aangeschreven worden. (35) De inclusiecriteria voor deze studie waren dus als volgt: patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD in de huisartsenpraktijk in 2013 of 2014.

Als exclusiecriteria weerhield men: patiënten die enkel op huisbezoek gezien werden en niet op consultatie konden komen, patiënten in een rusthuis of instelling en palliatieve of wilsonbekwame patiënten.

De uiteindelijke onderzoekspopulatie betrof 294 patiënten.

3.3. Voorbereiding

Bij het opzetten en tijdens het uitrollen van dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd gebruik gemaakt van het FOCUS-principe[a] en de PDCA-cyclus[b]. (36) Tijdens het wekelijks praktijkoverleg zocht men aan de hand van een visgraatanalyse (Figuur 1) naar problemen die de praktijk ervan weerhielden om aan de slag te gaan met de Gezondheidsgids. Men trachtte de opgedoken problemen zoveel als mogelijk op te lossen of alternatieven aan te bieden. Gebrek aan preventieorganisatie bleek het grootste probleem te zijn. Door het opstarten van dit praktijkproject kwam men al direct toe aan een oplossing voor dit obstakel. De Haio/onderzoeker trad op als preventiecoördinator en door het opstellen van een protocol ontstond een praktijkrichtlijn over het uitnodigen en uitvoeren van een preventieconsult.

Om het ontbreken van een kant-en-klare GMD+ module in het EMD op te vangen, nam men contact op met Sarah Vanhulsel. In 2013 schreef zij een ManaMa-thesis die ook handelde over de introductie van het GMD+. (32) Hierbij ontwikkelde zij een GMD+ module in Excel die gebaseerd was op de vragenlijst van de Gezondheidsgids. (Bijlage 1) Na het invoeren van de antwoorden trok dit programma automatisch besluiten en zo kwam men snel tot een preventieplan. Sarah Vanhulsel was zo gewillig om deze module aan onze praktijk door te geven en ons er gebruik van te laten maken. Op die manier kon men de antwoorden op een systematische wijze opslaan en ingevulde vragenlijsten snel weer opzoeken. Er werd voor gezorgd dat alles terechtkwam in een online gedeelde map zodat op gelijk welke computer de ingevulde vragenlijsten steeds konden

[a] Find problem, Organise meeting, Clarify problem, Understand problem, Select a strategy.
[b] Plan, Do, Check, Act.

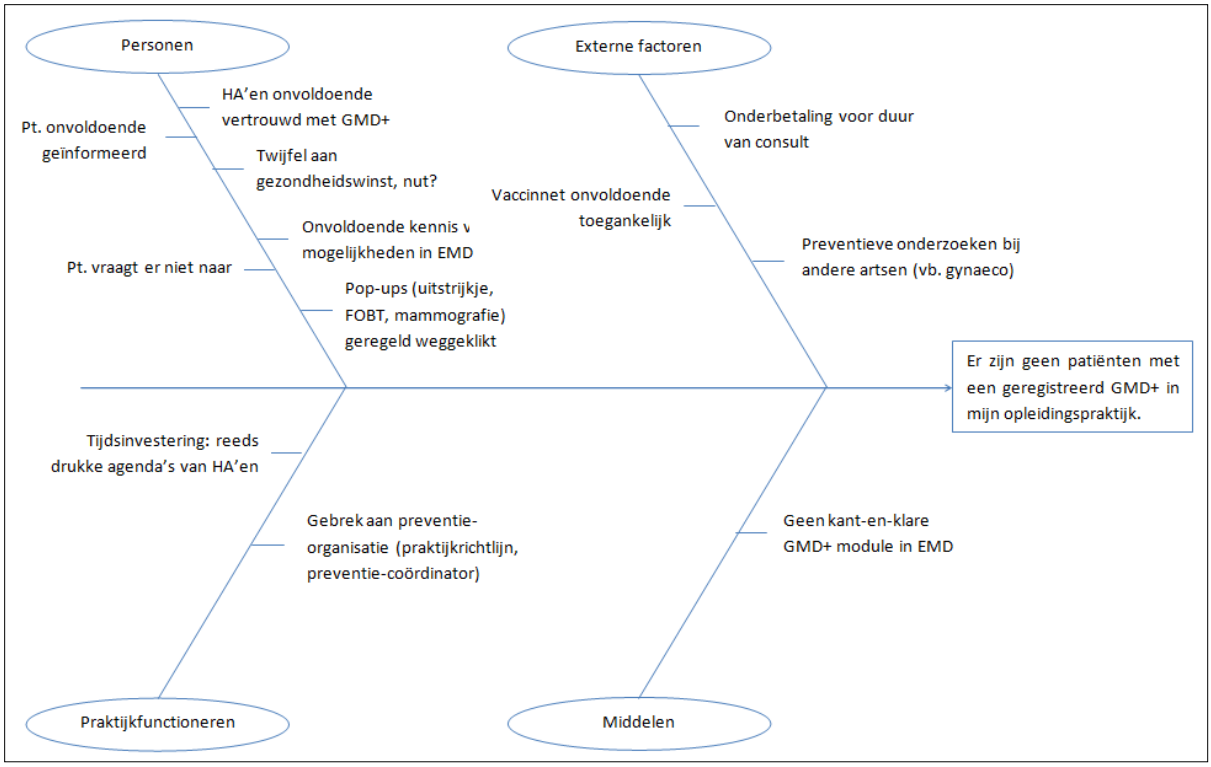
geopend worden. Om het gebruik van de preventiemodule aan te leren, werd een infosessie georganiseerd tijdens het wekelijks praktijkoverleg waarbij ook vragen konden gesteld worden. Als preventiecoördinator was de Haio steeds beschikbaar om vragen van artsen te beantwoorden of om oplossingen te zoeken.

Om alle patiënten die in aanmerking kwamen te kunnen bereiken, om de *workload* niet teveel te vergroten en omwille van uniformiteit koos men ervoor om op een systematische manier patiënten uit te nodigen via een uitnodigingsbrief. (Bijlage 2) Op die manier kon men zelf bijsturen wanneer de werkdruk te groot werd. Men ging ervan uit dat een opportunistische vorm van uitnodigen moeilijker te regelen valt en minder patiënten bereikt.

Vermits men via het online afsprakensysteem beschikte over een groot aantal e-mailadressen bleek het interessant om naast de klassieke schriftelijke brief ook patiënten uit te nodigen via digitale weg. Dit vergelijkend onderzoek zou op die manier kunnen aantonen wat voor deze praktijk een aangewezen kanaal is om patiënten voor een preventieconsult uit te nodigen. Om ook deze digitale vorm van uitnodiging te onderzoeken, creëerde men een nieuw e-mailadres dat zou dienen als responsadres (preventieconsult@hotmail.com).

Voor mannen en vrouwen werd een afzonderlijke brief opgesteld zodat de vragenlijst aangepast kon worden aan het geslacht. Aan de patiënten werd gevraagd om de ingevulde vragenlijst op voorhand terug te bezorgen. Zo kon men de antwoorden reeds op voorhand verwerken in het preventieprogramma. Om zoveel als mogelijk te beschikken over de juiste adressen werd voor de start van het project een bericht in de wachtzaal opgehangen om patiënten ertoe aan te zetten een eventuele adreswijziging door te geven. Om het probleem van foutieve adressen te voorkomen, trachtte men tijdens de consultaties ook geregeld de elektronische identiteitskaart (eID) van de patiënten uit te lezen in het EMD. In de brief stond duidelijk aangegeven dat een preventieconsult 30 minuten duurde en er geen tijd was om andere actieve problemen voor te leggen. In de meeste thesissen rond het preventieconsult zag men dat een gemiddeld preventieconsult ongeveer 30 minuten duurde. Daarom vond men het belangrijk om in de brief te vermelden dat er geen ruimte is om andere zaken te bespreken. Om de drempel te verlagen werd in de brief ook aangegeven dat de patiënt enkel het remgeld van de consultatie diende te betalen.

Naast de uitnodigingsbrief werd ook een formulier voorzien voor patiënten die niet wensten deel te nemen. (Bijlage 3) Men kon hierbij aanduiden wat de reden(en) was (waren) waarom men liever niet inging op de uitnodiging voor een preventieconsult. Er werd ook plaats voorzien om zelf nog redenen toe te voegen. Bij het opstellen van dit *multiple choice*-formulier hield men rekening met de resultaten van praktijkprojecten die dit reeds onderzochten. De patiënt moest voor verdere analyse zijn naam op dit formulier vermelden, maar er werd wel uitdrukkelijk vermeld dat dit anoniem verwerkt zou worden.



Figuur 1 Visgraatanalyse: Er zijn geen patiënten met een geregistreerd GMD+ in de praktijk.

3.4. Implementatie

Omwille van verlofperiodes in juli en augustus van zowel artsen als patiënten werd beslist om tussen september 2014 en januari 2015 drie uitnodigingsrondes te organiseren. Om aan een degelijke gerandomiseerde steekproef te voldoen, koos men ervoor om per ronde telkens die patiënten van een bepaalde geboortemaand uit te nodigen. Men selecteerde de maanden juli, augustus en september. Per uitnodigingsronde werd voor iedere patiënt nagekeken of men beschikte over zijn of haar e-mailadres. Indien dit niet het geval was, dan kreeg de patiënt een schriftelijke uitnodiging in de bus. Indien men wel over een e-mailadres beschikte werd de patiënt met dezelfde brief uitgenodigd via de digitale post.

Bij het begin van het project werden de binnengebrachte antwoordformulieren op voorhand ingevoerd in de GMD+ module. Naarmate het project vorderde en alle artsen beter overweg konden met het programma werd dit tijdens de consultatie zelf ingevoerd.

Om ook in het EMD de resultaten van het preventieconsult te noteren, werd het besluit en preventieplan uit de preventiemodule overgenomen in het Journaal van het EMD. De uitgevoerde metingen werden onder Meetwaarden genoteerd.

Tijdens het verloop van het project viel op dat een groot deel van de patiënten die de vragenlijst terugbezorgden, geen afspraak maakte voor het uiteindelijke preventieconsult. Hierop werd ingespeeld volgens het PDCA-principe. In overleg met co-promotor, PO en collega's besliste men om een eenmalige telefonische *recall* te organiseren indien een geïnteresseerde patiënt na 3 maanden nog geen afspraak had gemaakt. Deze taak werd toebedeeld aan de praktijkassistente en zij belde uiteindelijk 17 patiënten op.

4. Resultaten

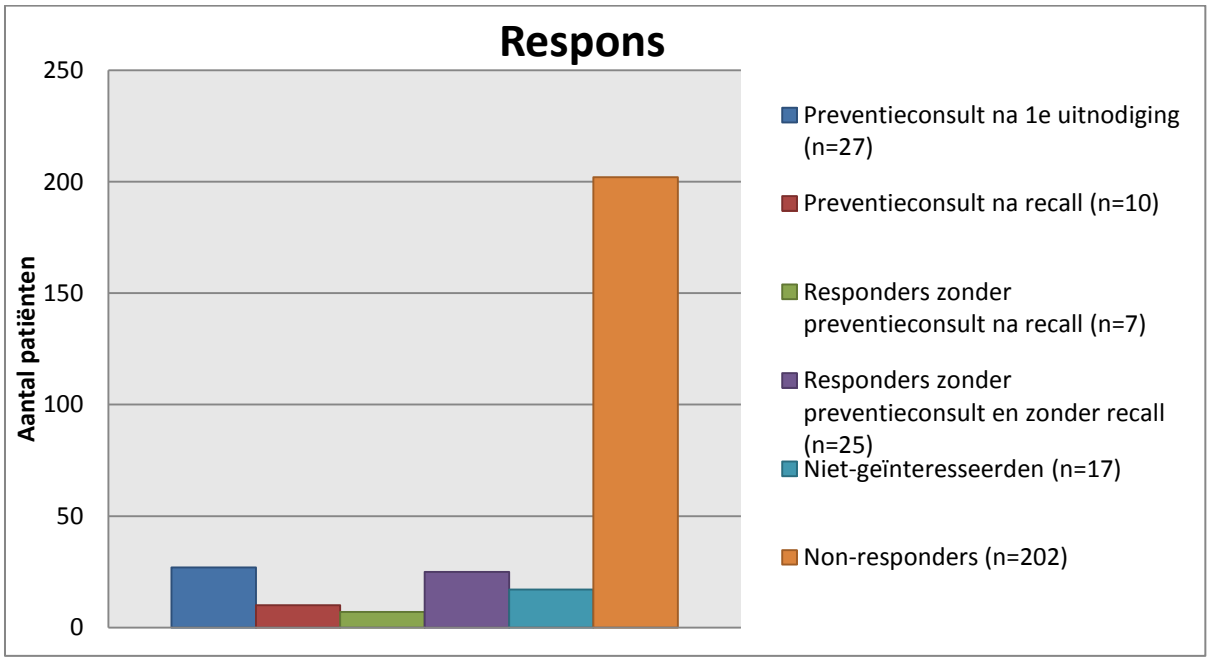
Verdeeld over drie uitnodigingsrondes verstuurde men tussen september 2014 en januari 2015 294 uitnodigingen voor een preventieconsult naar patiënten tussen 45 en 75 jaar. Bij 3 mannen en 3 vrouwen kreeg men het bericht dat de uitnodiging niet via e-mail kon bezorgd worden. Deze patiënten werden vervolgens geëxcludeerd. Op die manier bestond de uiteindelijke onderzoekspopulatie uit 288 patiënten.

4.1. Respons

Een eerste eenmalige uitnodiging van 288 patiënten genereerde 27 (9.4%) preventieconsulten. In totaal brachten 69 (24.0%) patiënten de ingevulde vragenlijst terug binnen. Tijdens de uitvoering van het praktijkproject werd deze discrepantie tussen het aantal respondenten en uitgevoerde preventieconsulten opgemerkt. Men speelde hierop in volgens het PDCA-principe. Patiënten die een vragenlijst invulden, maar na drie maanden nog geen afspraak hadden gemaakt, kregen een eenmalige telefonische oproep. Negentien patiënten kwamen hiervoor in aanmerking, maar van twee patiënten beschikte men niet over een telefoonnummer. Twee patiënten reageerden niet na een *voicemail*-bericht, 3 patiënten gaven aan een afspraak te zullen maken en 2 patiënten annuleerden nadien hun afspraak. Van de 17 patiënten die een *recall* ontvingen, kwamen er 10 op consultatie. Dit bracht het totaal aantal preventieconsulten op 37 (12.8%). Van de 69 responders bleken er na afloop van het onderzoek 32 patiënten geen afspraak te hebben gemaakt. (Grafiek 1)

Zeventien (5.9%) patiënten gaven via het geijkte formulier aan geen interesse te hebben in een preventieconsult. (Grafiek 1)

Uiteindelijk ontving men van de 288 uitgenodigde patiënten 86 (29.9%) (positieve of negatieve) antwoorden. Van 202 (70.1%) patiënten werd geen enkele reactie ontvangen. (Grafiek 1)

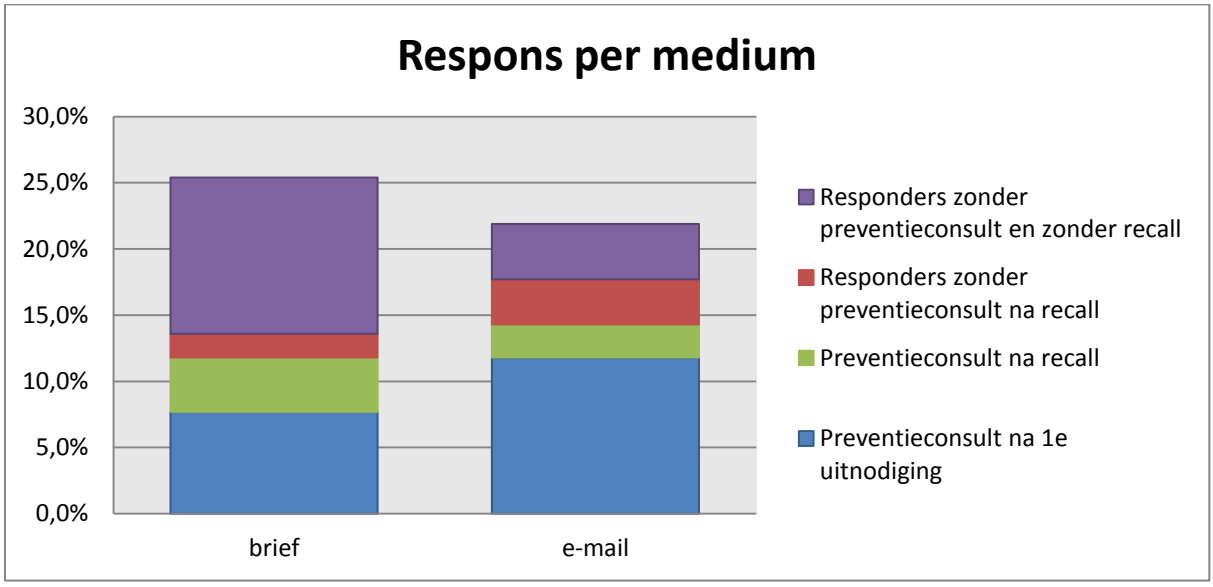


Grafiek 1 **Respons op 288 uitnodigingen voor een preventieconsult. Absolute aantallen.**

Er waren ook 6 spontane preventieconsulten tijdens de duur van het praktijkproject. Deze patiënten hadden hiervoor geen persoonlijke uitnodiging ontvangen. De resultaten hiervan werden niet verder verwerkt in dit onderzoek.

4.1.1. Respons per medium

Men nodigde 169 patiënten uit via klassieke brief en 119 patiënten werden uitgenodigd via e-mail. In totaal brachten 43 (25.4%) per brief uitgenodigde patiënten en 26 (21.8%) per e-mail uitgenodigde patiënten de vragenlijst terug binnen. Na een eerste uitnodiging was de effectieve deelnameratio van patiënten uitgenodigd per brief 7.7% (13/169) en van deze uitgenodigd per e-mail 11.8% (14/119). Na een *recall* van 10 per brief uitgenodigde patiënten en 7 per e-mail uitgenodigden steeg het aantal preventieconsulten respectievelijk tot 20 en 17. Aan het einde van het project maakten van de 43 patiënten die per brief werden uitgenodigd en ook reageerden, uiteindelijk 23 personen geen afspraak. Van de patiënten die per e-mail werden uitgenodigd, bleek dit bij 9 van de 26 patiënten zo te zijn. (Grafiek 2)



Grafiek 2 Relatieve respons op de uitnodiging voor een preventieconsult, respectievelijk via brief en via e-mail.

4.1.2. Demografische analyse

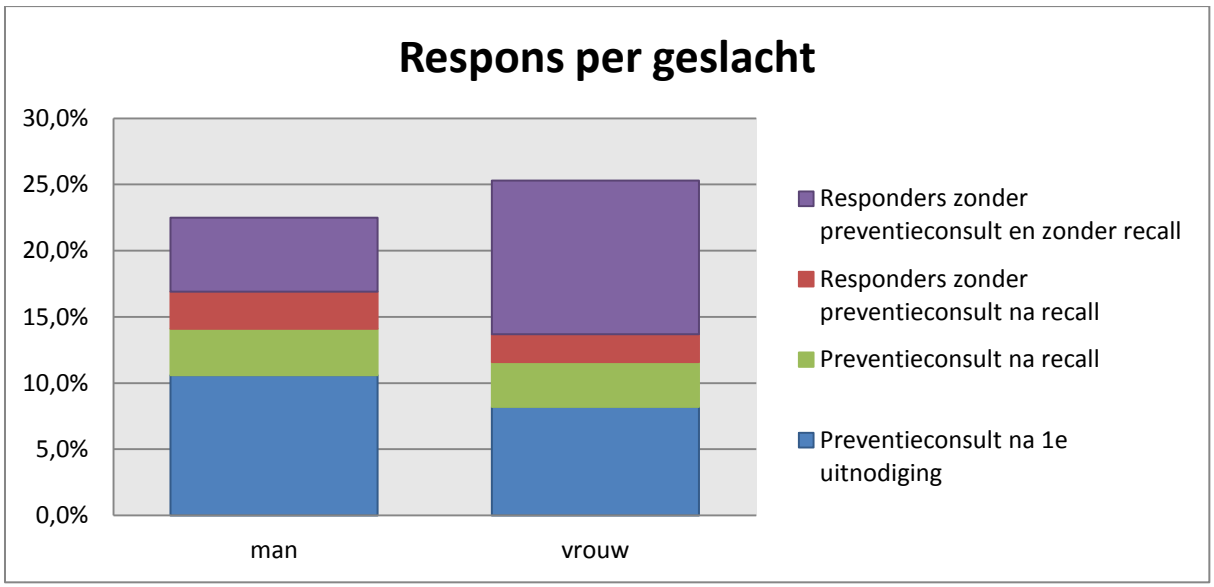
- Geslacht

In totaal werden 142 mannen en 146 vrouwen uitgenodigd. Men ontving hierna de ingevulde vragenlijst van 32 (22.5%) mannen en 37 (25.3%) vrouwen. Na een eerste uitnodiging namen 15 (10.6%) mannen en 12 (8.2%) vrouwen deel aan het preventieconsult. Bij 9 mannen en 8 vrouwen werd een telefonische *recall* uitgevoerd. Dit genereerde zowel bij mannen als vrouwen 5 extra preventieconsulten, wat het totale aantal op respectievelijk 20 en 17 raadplegingen bracht. Na het aflopen van de studie bleken uiteindelijk 12 mannen en 20 vrouwen nog geen afspraak te hebben gemaakt. (Grafiek 3)

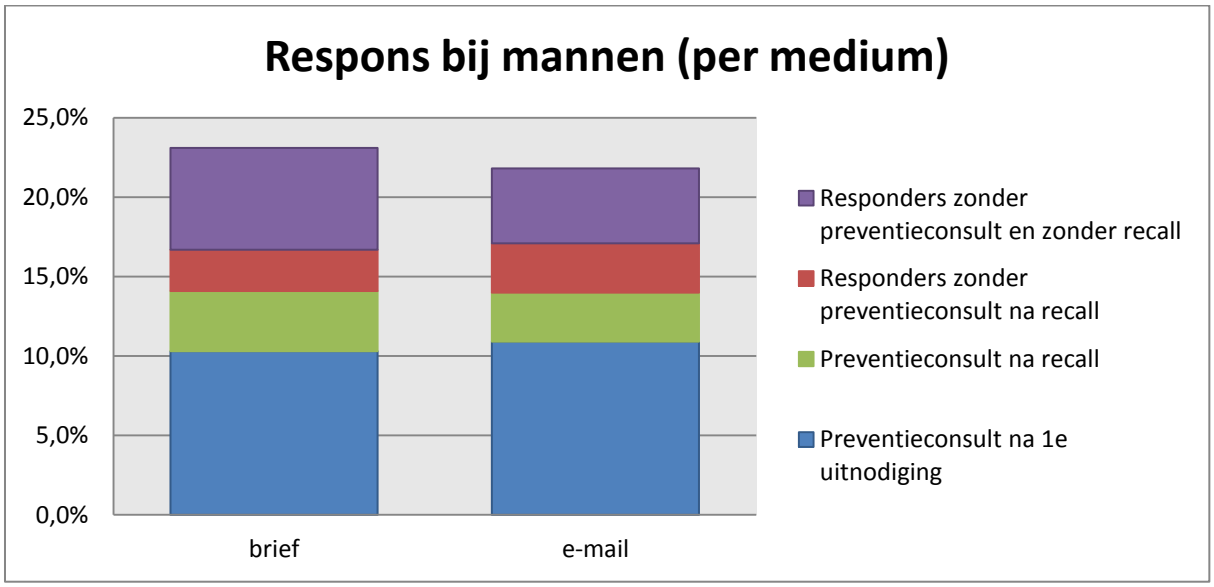
Van de 142 mannen kregen er 78 een uitnodiging per post en 64 per e-mail. Hiervan brachten respectievelijk 18 (23.1%) en 14 (21.9%) mannen de vragenlijst terug binnen. In eerste instantie zorgde dit voor 8 (10.3%) preventieconsulten bij per brief uitgenodigde mannen en voor 7 (10.9%) preventieconsulten bij per e-mail uitgenodigde mannen. Na een *recall* bij 5 per post en 4 per e-mail uitgenodigde mannen kwam het totaal aantal raadplegingen op respectievelijk 11

en 9 (resp. 3 en 2 consulten extra). Na afloop van het project bleken van de mannelijke respondenten er nog steeds 7 die per brief werden uitgenodigd, en 5 die per e-mail werden uitgenodigd, geen preventieconsult gepland te hebben. (Grafiek 4)

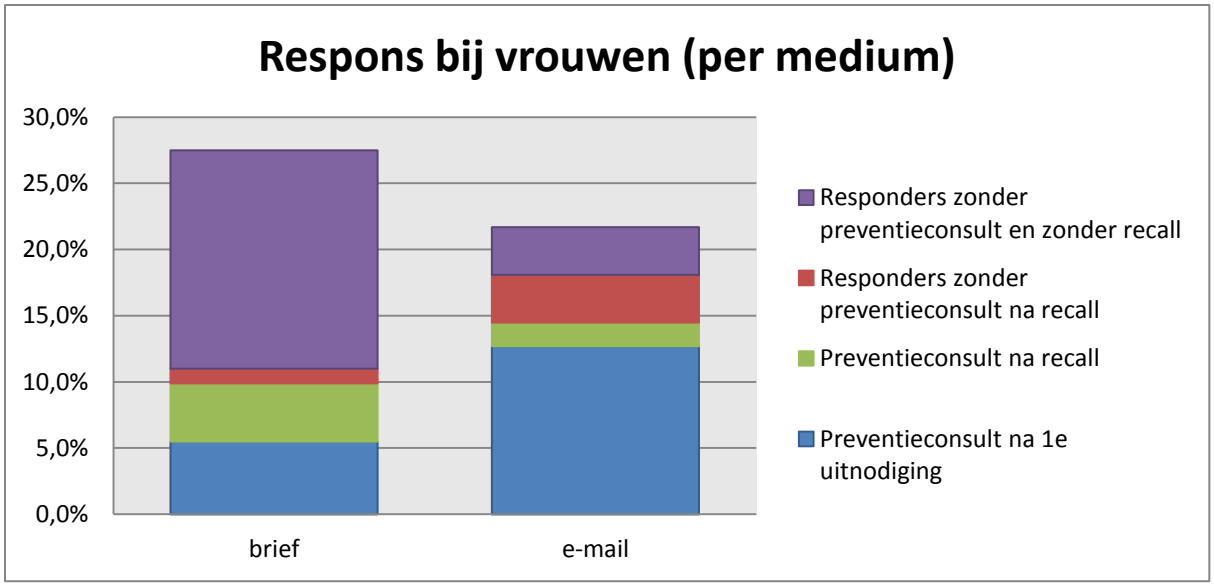
Onder de 146 vrouwen werden er 91 uitgenodigd per post en 55 per e-mail. Vijfentwintig (27.5%) vrouwen die via de klassieke post werden uitgenodigd, vulden de vragenlijst in. Twaalf (21.8%) vrouwen die men per e-mail uitnodigde, brachten de vragenlijst binnen. Na een eerste uitnodiging kwamen er 5 (5.5%) per brief uitgenodigde vrouwen en 7 (12.7%) per e-mail uitgenodigde vrouwen naar het preventieconsult. De *recall* bij 5 per post en 3 per e-mail uitgenodigde vrouwen zorgde uiteindelijk voor een totaal van respectievelijk 9 en 8 raadplegingen (resp. 4 en 1 consulten extra). Zestien vrouwelijke respondenten die men per brief uitnodigde en 4 die men per e-mail uitnodigde, maakten uiteindelijk geen afspraak. (Grafiek 5)



Grafiek 3 Relatieve respons op de uitnodiging voor een preventieconsult respectievelijk bij mannen en vrouwen.



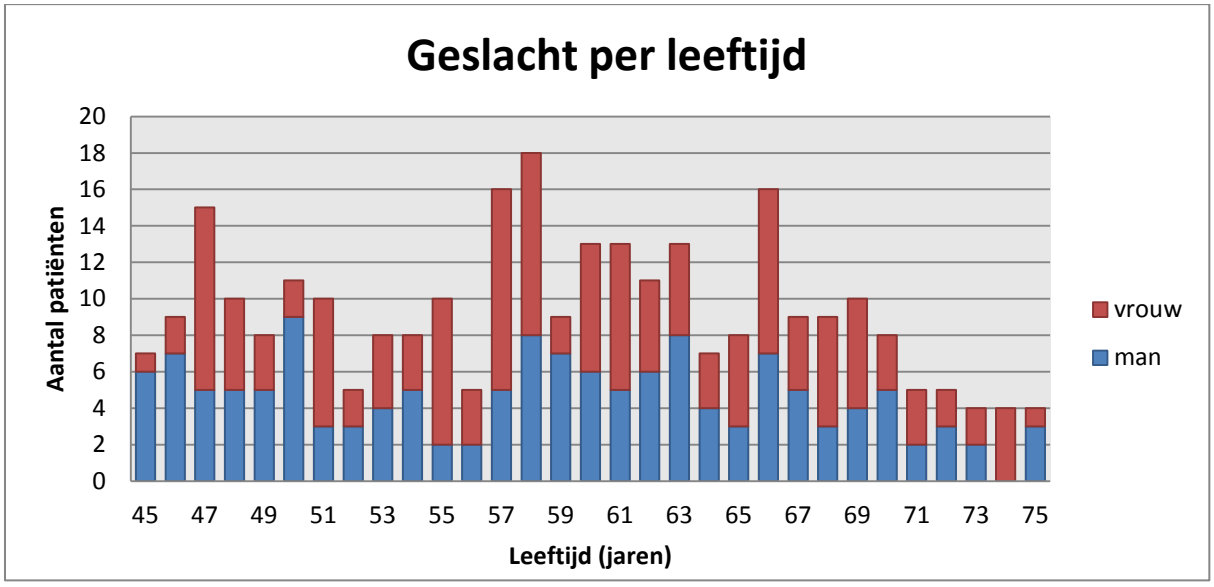
Grafiek 4 Relatieve respons bij mannen op de uitnodiging voor een preventieconsult respectievelijk via brief en e-mail.



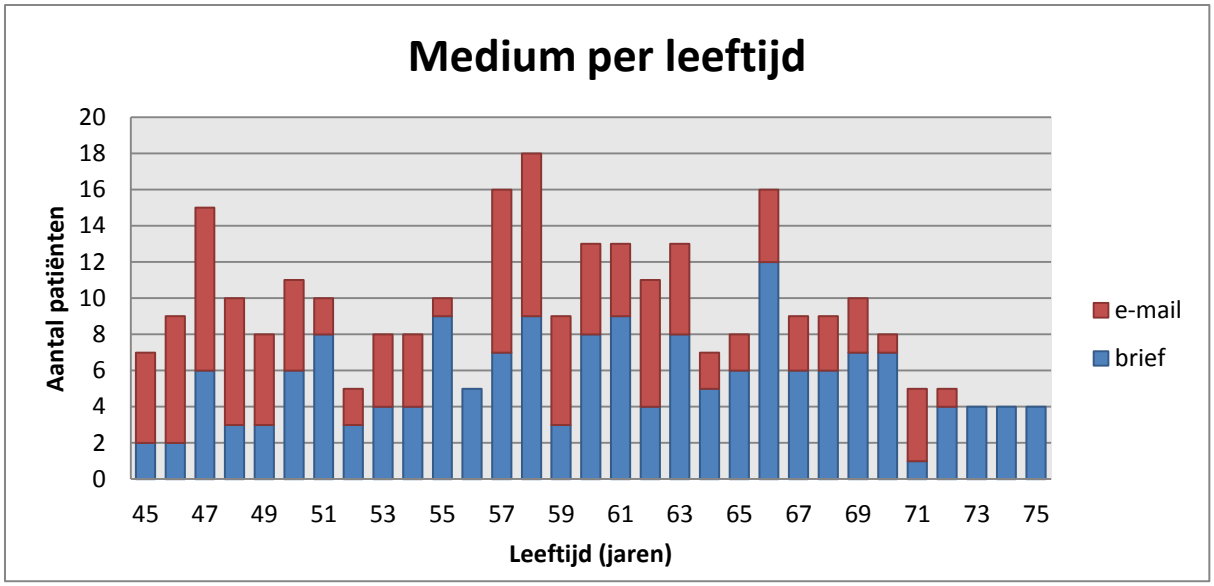
Grafiek 5 **Relatieve respons bij vrouwen op de uitnodiging voor een preventieconsult respectievelijk via brief en e-mail.**

- Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie bedroeg 59 jaar (mediaan 59j). Bij mannen bedroeg de gemiddelde leeftijd 58 jaar (mediaan 59j) en bij vrouwen 60 jaar (mediaan 59j). (Grafiek 6) De gemiddelde leeftijd in de groep die per brief werd uitgenodigd bedroeg 61 jaar (mediaan 61j). In de groep die men per e-mail uitnodigde, was deze 57 jaar (mediaan 57j). (Grafiek 7)



Grafiek 6 **Geslachtsverdeling per leeftijd in de onderzoekspopulatie (n=288).**



Grafiek 7 **Uitnodigingsvorm per leeftijd in de onderzoekspopulatie (n=288).**

De gemiddelde leeftijd van de 27 patiënten die na de uitnodiging op consultatie kwamen, bedroeg 56 jaar (mediaan 56j). Bij mannen bedroeg die leeftijd gemiddeld 55 jaar (mediaan 56j) en bij vrouwen gemiddeld 58 jaar (mediaan 56j). Van alle patiënten die de vragenlijst binnenbrachten (n=69) bleek de leeftijd gemiddeld 59 jaar (mediaan 60j) te zijn. Bij mannen was deze leeftijd gemiddeld 58 jaar (mediaan 59j) en bij vrouwen gemiddeld 59 jaar (mediaan 60j).

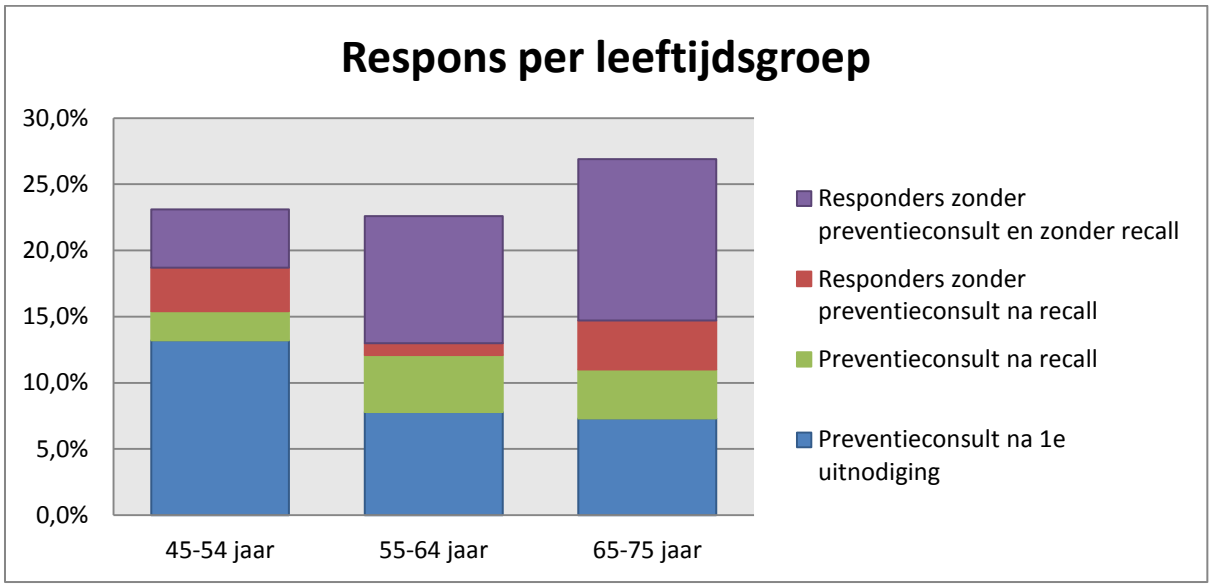
Bij verdere analyse tussen jongere en oudere patiënten werd gebruik gemaakt van 3 leeftijdsgroepen, nl. 45-54 jaar, 55-64 jaar en 65-75 jaar. Het aantal patiënten in elke leeftijdsgroep bedroeg respectievelijk 91, 115 en 82.

In de jongste leeftijdsgroep (45-54j) leverde een eerste uitnodiging 12 (13.2%) preventieconsulten op. *Recall* bij 5 patiënten zorgde voor nog eens 2 extra raadplegingen (totaal 14). In totaal bleken 21 (23.1%) patiënten uit deze groep de vragenlijst te hebben terugbezorgd. Na afloop van het onderzoek hadden 7 patiënten nog geen afspraak gemaakt. Van de 12 patiënten die meteen deelnamen aan het preventieconsult, waren er 7 mannen (van de 52; 13.5%) en 5 vrouwen (van de 39; 12.8%). In totaal vulden 10 (19.2%) mannen en 11 (28.2%) vrouwen de vragenlijst in.

Bij de middelste leeftijdsgroep (55-64j) brachten 26 (22.6%) patiënten de vragenlijst ingevuld terug. Hierbij kwamen 9 (7.8%) patiënten op consultatie na de uitnodiging. Er werd een *recall* uitgevoerd bij 6 patiënten waarvan er 5 een preventieconsult deden (totaal 14). Van de 26 responders uit deze leeftijdsgroep maakten er 12 uiteindelijk geen afspraak. De groep die direct na de eerste uitnodiging op consultatie kwam, bestond uit 6 mannen (van de 53; 11.3%) en 3 vrouwen (van de 62; 4.8%). Finaal bezorgden 13 (24.5%) mannen en 13 (21.0%) vrouwen de ingevulde vragenlijst terug.

De oudste patiënten (65-75j) zorgden voor een responsratio van 26.8% (22/82) op. Zes (7.3%) van hen kwamen na de eerste uitnodiging ook degelijk op consultatie. *Recall* bij 6 patiënten zorgde voor 3 extra raadplegingen (totaal 9). Dertien respondenten maakten geen afspraak voor het preventieconsult. Van de 6 personen die meteen op consultatie kwamen, waren er 2 mannen

(van de 37; 5.4%) en 4 vrouwen (van de 45; 8.9%). In totaal brachten 9 (24.3%) mannen en 13 (28.9%) vrouwen de vragenlijst terug binnen.

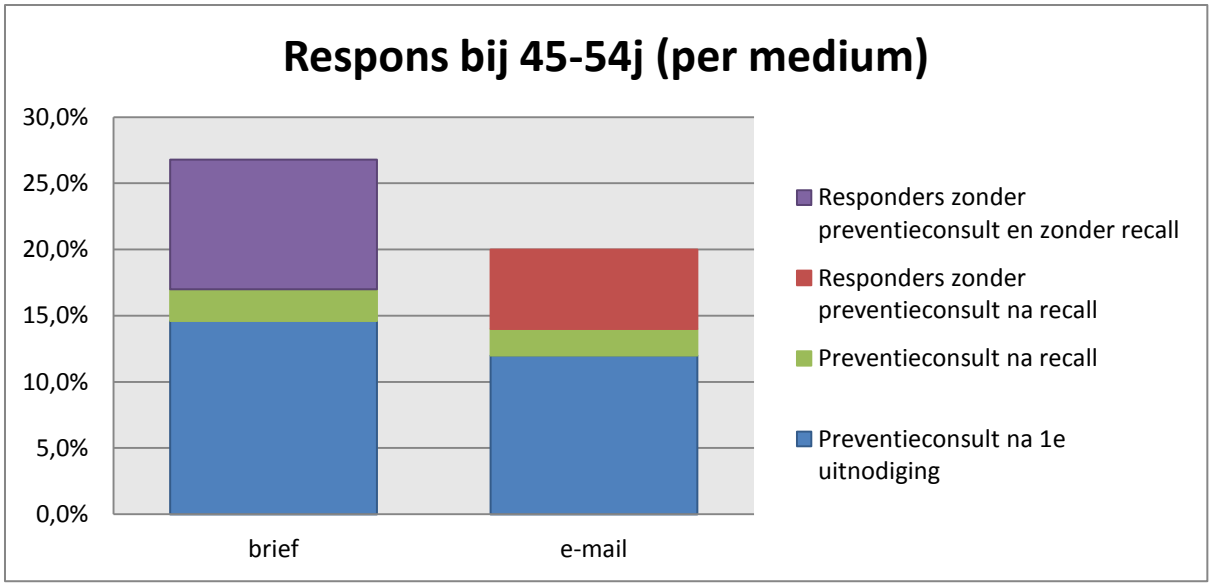


Grafiek 8 Relatieve respons op de uitnodiging voor een preventieconsult bij 3 leeftijdsgroepen.

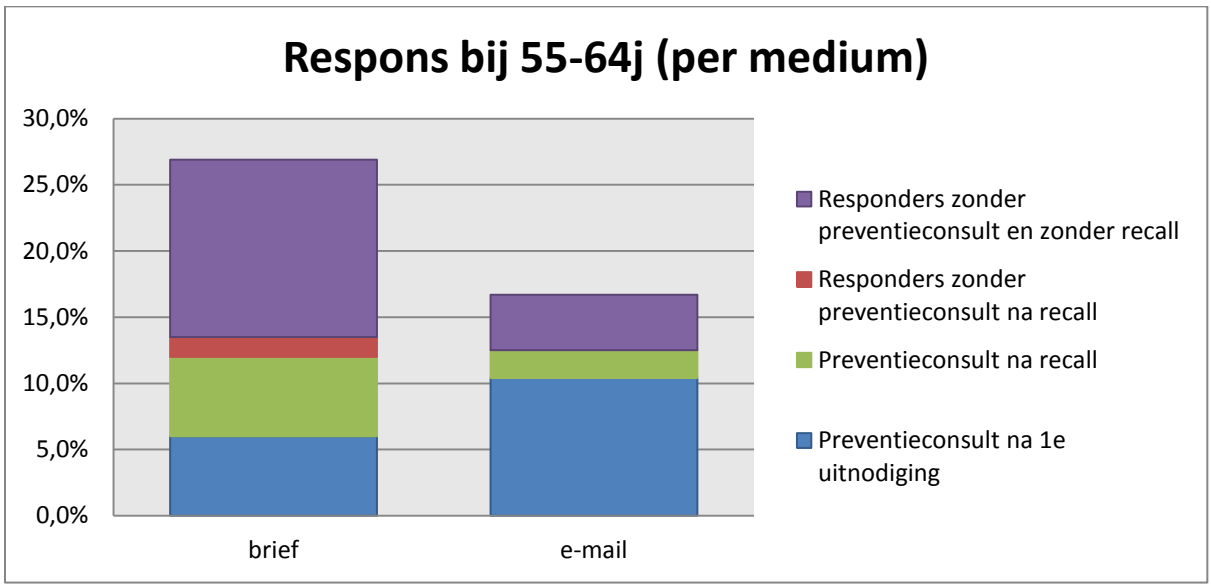
In de jongste leeftijdsgroep (45-54j) werden 41 patiënten uitgenodigd per brief en 50 patiënten via e-mail. Dit zorgde initieel bij elke uitnodigingsvorm voor 6 (resp. 14.6% en 12.0%) preventieconsulten. In totaal vulden 11 (26.8%) patiënten die men via de post uitnodigde en 10 (20.0%) patiënten die men via e-mail uitnodigde, de vragenlijst in. Telefonische r*ecall* bij 1 patiënt uit de 'brief'-groep en 4 patiënten uit de 'e-mail'-groep zorgde voor 1 extra preventieconsult in elke groep. Van de patiënten die men per post uitnodigde, bleven er 4 ingevulde vragenlijsten zonder preventieconsult. In de groep die via e-mail werd uitgenodigd, waren dit er 3.

In de middelste leeftijdsgroep (55-64j) nodigde men 67 patiënten per brief uit en 48 patiënten via e-mail. Respectievelijk leverden 18 (26.9%) en 8 (16.7%) personen de ingevulde vragenlijst in. Na deze eerste uitnodiging zorgde dit voor 4 (6.0%) preventieconsulten in de groep die per post werd uitgenodigd en 5 (10.4%) preventieconsulten in de groep die men via e-mail uitnodigde. Na een *recall* van 5 per post uitgenodigde en 1 via e-mail uitgenodigde patiënten leverde dit respectievelijk 4 en 1 extra preventieconsulten op. Tien responders die per brief werden uitgenodigd, kwamen uiteindelijk niet op consultatie. In de andere groep maakten er 2 personen geen afspraak.

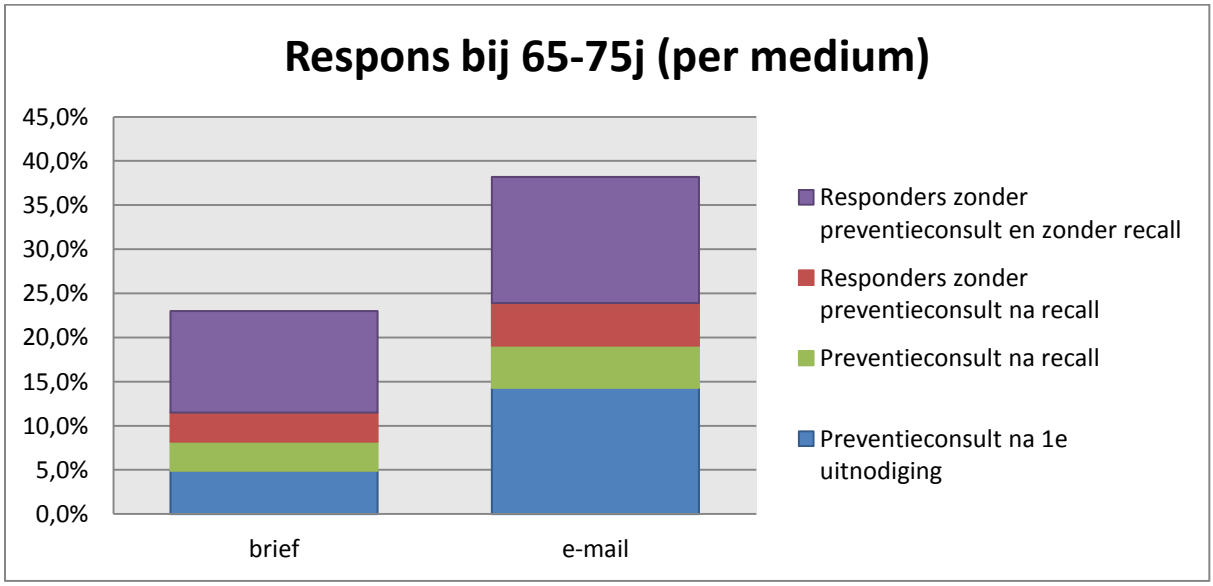
Van de oudste patiënten (65-75j) nodigde men er 61 uit via klassieke post en 21 via e-mail. Na dit verzoek tot een preventieconsult brachten respectievelijk 14 (23.0%) en 8 (38.1%) personen de vragenlijst binnen. Dit leverde per uitnodigingsmethode in eerste instantie 3 (resp. 4.9% en 14.3%) preventieconsulten op. Vier *recalls* in de 'brief'-groep en 2 in de 'e-mail'-groep zorgden voor respectievelijk 2 en 1 extra consultaties. Van de patiënten die men per post uitnodigde, bleven er 9 ingevulde vragenlijsten zonder preventieconsult. In de groep die men via e-mail uitnodigde, maakten er 4 respondenten geen afspraak.



Grafiek 9 **Relatieve respons bij 45-54j op de uitnodiging voor een preventieconsult respectievelijk via brief en e-mail.**



Grafiek 10 **Relatieve respons bij 55-64j op de uitnodiging voor een preventieconsult respectievelijk via brief en e-mail.**



Grafiek 11 **Relatieve respons bij 65-75j op de uitnodiging voor een preventieconsult respectievelijk via brief en e-mail.**

4.1.3. Socio-economische factoren

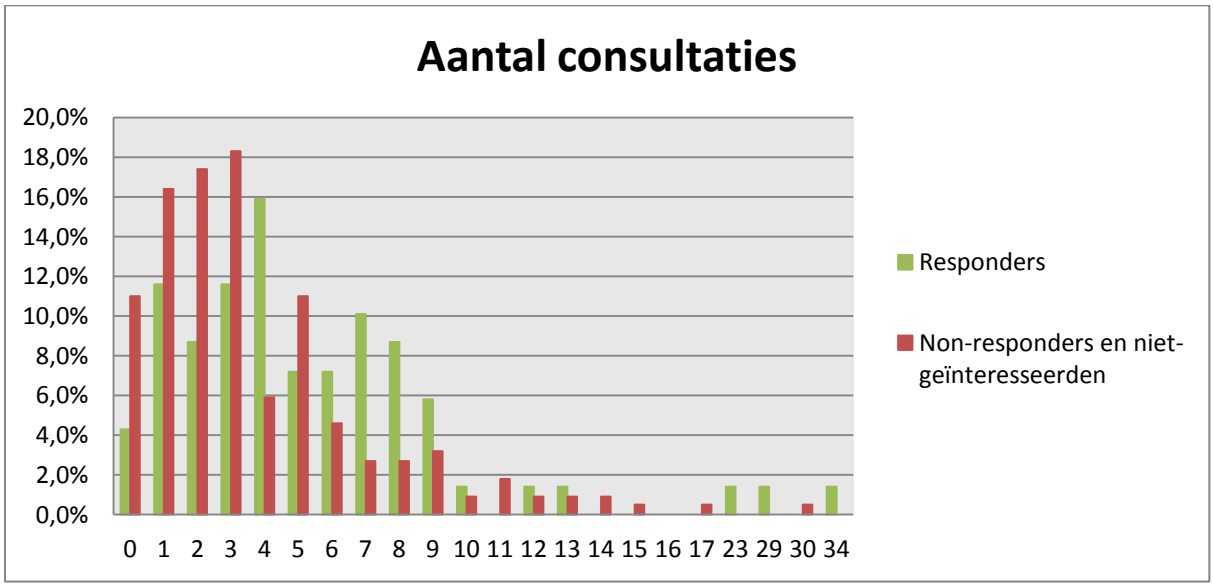
Om patiënten te identificeren met een lagere SES koos men voor de determinant 'verhoogde tegemoetkoming' (ook gekend als Omnio-statuut). In de onderzoekspopulatie van 288 personen kon men bij 19 patiënten de verzekeringsstatus niet achterhalen. In totaal kwamen 45 (16.7%) personen in aanmerking voor 'verhoogde tegemoetkoming'. Deze groep bestond uit 18 mannen en 27 vrouwen en de gemiddelde leeftijd bedroeg 62 jaar. De patiënten met 'verhoogde tegemoetkoming' kwamen gemiddeld 6 keer op consultatie in het jaar voor de uitnodiging. Vijfentwintig personen werden uitgenodigd per post en 20 personen kregen de uitnodiging via e-mail.

In de lagere sociaaleconomische klasse kwamen 5 (11.1%) patiënten op consultatie na een eerste uitnodiging. In totaal brachten 9 (20.0%) van hen de vragenlijst ingevuld terug. Twee (4.4%) patiënten waren niet geïnteresseerd en 34 (75.6%) patiënten reageerden niet op de uitnodiging. Bij de patiënten die niet behoorden tot de lagere sociaaleconomische klasse kwamen 22 (9.8%) patiënten op consultatie na de uitnodiging en retourneerden in totaal 57 (25.4%) patiënten een ingevulde vragenlijst.

4.1.4. Medische factoren

- Aantal consultaties

Om na te gaan of er een correlatie zou kunnen bestaan tussen het aantal consultaties tijdens het laatste jaar en het al dan niet ingaan op de uitnodiging voor een preventieconsult, werd de onderzoekspopulatie onderverdeeld in twee groepen: de groep die de ingevulde vragenlijst terugbezorgde (= responders) en de groep die dit niet deed (= non-responders en niet-geïnteresseerden). In de groep van de responders kwam men gemiddeld 6 (mediaan 4) keer per jaar op consultatie. In de groep die de vragenlijst niet terug binnenbracht, lag het gemiddelde op 4 (mediaan 3) consultaties per jaar. Vierentwintig (11.0%) patiënten van de 219 non-responders en niet-geïnteresseerden waren in het jaar voor de uitnodiging niet op consultatie geweest. Bij de responders kwam 95.7% (66/69) één of meerdere keren op consultatie tijdens het laatste jaar.



Grafiek 12 Relatief aantal consultaties tijdens het laatste jaar bij responders en non-responders/niet-geïnteresseerden.

- Preventieconsult

Hierna volgen de resultaten van de 69 ingevulde vragenlijsten en de bijhorende 37 preventieconsulten. Ze worden weergegeven volgens de onderwerpen van de Gezondheidsgids.

1. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten

Aan de hand van het ABCDEF-principe bleken 14 (20.3%) patiënten tot de klasse met een hoog cardiovasculair risico (≥10%) te behoren. Acht van deze patiënten deden een preventieconsult. Hieruit bleek dat er 2 patiënten voldoende medicamenteus behandeld werden en dat men 6 patiënten onderbehandelde. Alle diabetes mellitus type 2 patiënten (n=5) kregen geen acetylsalicylzuur voorgeschreven. Eén patiënt post-event werd niet behandeld met een statine. In de groep die de vragenlijst wel binnenbracht, maar geen afspraak maakte, bleken 3 post-*event* patiënten goed medicamenteus behandeld. Van de 3 diabetespatiënten kregen er 2 geen acetylsalicylzuur.

Vier patiënten die op consultatie kwamen, hadden geen enkele risicofactor voor hart- en vaatziekten. Bij nog 2 patiënten weerhield men enkel het rookgedrag als risicofactor.

Bij 23 patiënten diende men aan de hand van de SCORE-tabel het risico op hart en vaatziekten te bepalen. Dertien patiënten hadden een laag cardiovasculair risico (0-4%), 2 patiënten een matig risico (5-9%) en 1 patiënt een hoog risico (≥10%). Bij 7 patiënten werd de SCORE niet genoteerd of moest een bloedafname nog gepland worden.

2. Rookstopbegeleiding

Van 67 geïnteresseerde patiënten kende men de rookstatus en hiervan waren er 13 (19.4%) die rookten. Zes rokers kwamen op consultatie en bij hen werd gepeild naar hun motivatie om hiermee te stoppen. Aan de hand van hun antwoord werden zij ingedeeld volgens de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente. (37) Twee van hen waren 'tevreden rokers' (precontemplatie fase). Drie rokers twijfelden (contemplatie fase) en 1 patiënt bereidde zich stilaan voor om te stoppen (preparatie fase). Geen enkele roker was klaar om op korte termijn te stoppen (actie fase).

3. Peilen naar het gebruik van alcohol

Patiënten beantwoordden op het antwoordformulier de eerste 3 vragen van de AUDIT-vragenlijst (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). (38) Afhankelijk van de berekende score werden de 7 daaropvolgende vragen gesteld. Zes patiënten gaven aan nooit alcohol te drinken en bij 23 andere patiënten stelde het alcoholgebruik geen problemen. Bij 8 personen werd de volledige vragenlijst doorlopen waarvan bij 3 personen het alcoholgebruik aanvaardbaar leek. Vijf patiënten hadden een problematisch alcoholgebruik, allemaal mannen. Niemand vertoonde alcoholafhankelijkheid.

4. Advies gezonde voeding

Van de 69 respondenten waren er 11 (15.9%) patiënten die er niet toe kwamen om dagelijks groenten en fruit te eten. In de groep die een preventieconsult deed (n=37), waren dit er 6.

5. Advies fysieke activiteit

Van de 69 personen die de vragenlijst invulden, bleken er 19 (27.5%) niet dagelijks 30 minuten aan lichaamsbeweging te doen. Van de personen met een preventieconsult (n=37) waren er 9 die hier niet toe kwamen.

6. Opsporing van diabetes type 2

In de groep die op consultatie kwam, waren er 5 patiënten reeds op voorhand gekend met diabetes mellitus type 2. Aan de hand van de vragenlijst werd er aangeraden om bij 27 patiënten hiervoor te screenen door middel van een nuchtere glycemie-bepaling. Vijf personen hadden geen verhoogd risico op diabetes en dienden niet gescreend te worden. Uiteindelijk werd bij 24 patiënten een nuchtere glycemie bepaald of was er een recente waarde voorhanden. Negentien patiënten hadden een normale nuchtere glycemie (<100 mg/dL), 4 patiënten hadden een gestoorde nuchtere glycemie (100-126 mg/dL) en 1 patiënt had een nuchtere glycemie van meer dan 126 mg/dL. Bij deze patiënt werd later de diagnose van diabetes mellitus type 2 gesteld.

In het kader van de opsporing van diabetes type 2 werd bij de patiënten de *Body Mass Index* (BMI) en de buikomtrek bepaald. De gemiddelde BMI bedroeg 28,57 kg/m^2. Tien personen hadden een normaal gewicht (BMI 18,5-25), 13 personen hadden overgewicht (BMI 25-30), 13 personen waren obees (BMI 30-40) en 1 persoon leed aan morbide obesitas (BMI >40). Zeven mannen hadden een buikomtrek van meer dan 102 cm en 10 mannen minder dan 102 cm. Bij de vrouwen waren er 11 met een buikomtrek van meer dan 88 cm en 3 met een omtrek minder dan 88 cm. Van 6 personen werd de buikomtrek niet genoteerd.

7. Vaccinaties tegen tetanus/difterie/kinkhoest, influenza en pneumokokken

In de groep die een preventieconsult deed, bleken 17 patiënten in orde te zijn met hun tetanusvaccinatie (<10j geleden). Bij 13 patiënten was het tussen 10 en 20 jaar geleden en bij 6 patiënten was het meer dan 20 jaar geleden dat men nog werd ingeënt tegen tetanus. Van 1 patiënt werd hierover niets genoteerd. In de groep die de vragenlijst binnenbracht, maar geen afspraak maakte, waren 11 patiënten in orde met hun vaccinatie (< 10j geleden), 17 patiënten waren niet in orde (>10j geleden) en bij 6 patiënten kon uit de vragenlijst niet opgemaakt worden hoelang het geleden was. Van 62 patiënten waarvan de vaccinatiestatus gekend was, bleek dus 45.2% in orde en 54.8% niet in orde te zijn met hun vaccinatie tegen tetanus.

Dertien patiënten die op consultatie kwamen, werden aangeraden om zich jaarlijks te laten vaccineren tegen influenza. Bij 5 personen werd de mogelijkheid tot vaccinatie tegen pneumokokken besproken. Hiervan behoorde 1 patiënt tot de groep met een verhoogd risico omwille van asplenie. Drie patiënten werden uiteindelijk gevaccineerd tegen pneumokokken.

8. Screenen op colorectale kanker

Bij de 37 patiënten die op consultatie kwamen, keek men na of er al dan niet gescreend moest worden op colorectale kanker. Indien dit aangewezen was, kreeg de patiënt een immunologische Fecale Occult Bloedtest (iFOB-test) mee naar huis of werd men rechtstreeks doorverwezen voor een optische coloscopie. Zes patiënten kwamen hiervoor niet in aanmerking omdat ze jonger waren dan 50 jaar en geen verhoogd risico liepen (na persoonlijke en familiale anamnese). Nog 6 personen hadden tijdens de laatste 10 jaar een coloscopie ondergaan en moesten niet verder gescreend worden. Tien patiënten hadden reeds meegedaan met het bevolkingsonderzoek

tijdens de laatste 2 jaar en een nieuwe iFOB-test was niet nodig. Eén patiënt presenteerde zich met alarmsymptomen en de hierop volgende coloscopie toonde een geruststellend beeld. Een andere patiënt kreeg een coloscopie omdat bij familiale anamnese bleek dat een eerstegraadsverwant jonger dan 60 jaar gediagnosticeerd was met colorectale kanker. De coloscopie toonde geen zichtbare afwijkingen. Nog bij een andere patiënt bleek de familiale anamnese positief, maar verdere informatie werd niet genoteerd in het EMD. Uiteindelijk kwamen 12 patiënten in aanmerking voor het uitvoeren van een iFOB-test. Tien personen hebben deze test effectief gedaan. Bij 8 van hen was de test negatief en bij 2 personen positief. Van deze laatste 2 onderging er 1 patiënt een coloscopie waarbij 2 licht dysplastisch tubulaire adenomen werden verwijderd. De andere patiënt werd kort na het preventieconsult geopereerd omwille van een *sleeve* gastrectomie. Er werd nog geen verder gevolg gegeven aan de positieve test.

9. Vroegtijdige opsporing van borstkanker

Van de 17 vrouwen die een preventieconsult deden, was het bij 14 van hen minder dan 2 jaar geleden dat ze een mammografische controle lieten uitvoeren. Bij 1 vrouw was het meer dan 2 jaar geleden. Voor 2 vrouwen was screening nog niet nodig vermits zij jonger waren dan 50 jaar en door middel van familiale anamnese geen verhoogd risico hadden.

10. Screenen op baarmoederhalskanker

Bij 2 van de 17 vrouwen die op consultatie kwamen, werd in het verleden een totale hysterectomie verricht. Hierdoor kwamen zij niet in aanmerking voor screening op baarmoederhalskanker. Van de overige 15 vrouwen waren er 11 waarbij het laatste uitstrijkje minder dan 3 jaar geleden was. Of bij deze vrouwen een snellere opvolging nodig was, kon men niet steeds achterhalen vermits ook gynaecologen deze uitstrijkjes doen en de resultaten soms niet meedelen met de huisarts. Bij 1 dame kon niet achterhaald worden hoelang het geleden was dat het laatste uitstrijkje werd uitgevoerd. Bij 3 vrouwen was het meer dan 3 jaar geleden en bij 1 van hen werd tijdens het preventieconsult een uitstrijkje genomen. Dit bleek geen zichtbare afwijkingen te vertonen.

11. Actief bevragen van depressieve klachten en suïcidaliteit

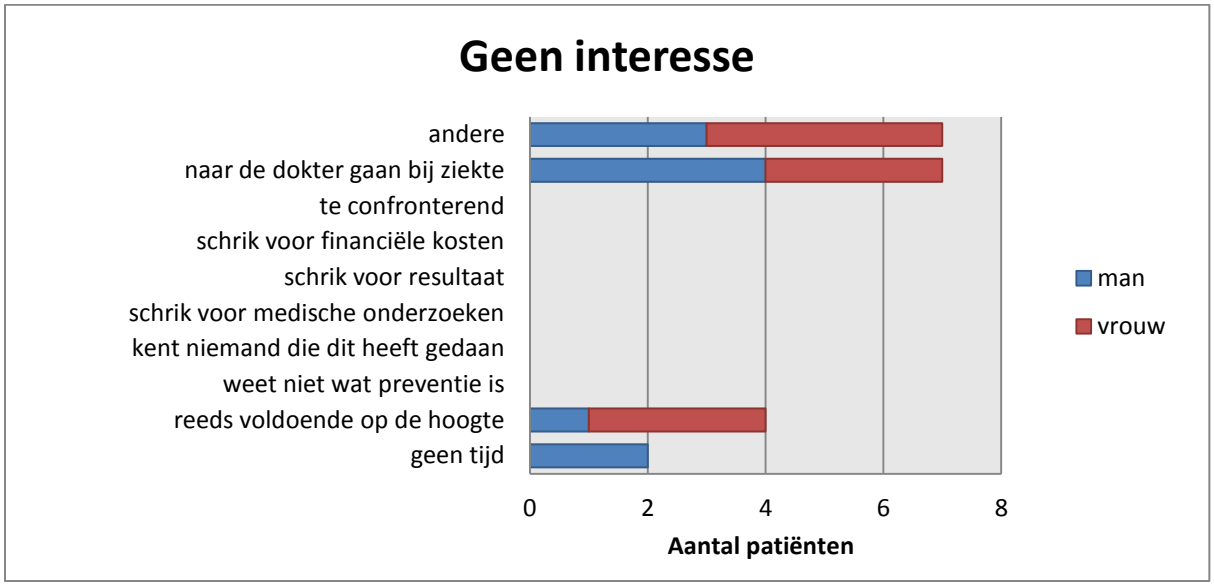
Bij het navragen naar depressieve klachten tijdens het preventieconsult gaven 5 personen aan tijdens de voorbije 2 weken vaak gehinderd te zijn door depressieve gevoelens of hopeloosheid en/of door weinig interesse of plezier in de dingen die men deed. Vier van deze patiënten werden reeds behandeld voor depressie. Bij 1 patiënt werd tijdens het preventieconsult de diagnose van winterblues (seizoensgebonden depressie) gesteld.

4.2. Geen interesse

Van de 288 uitgenodigde patiënten deelden 17 (5.9%) personen actief mee niet geïnteresseerd te zijn in een preventieconsult. Zij gaven dit te kennen door het formulier 'geen interesse' binnen te brengen. Hierop konden zij een of meerdere redenen aanduiden en eventueel zelf ook nog redenen toevoegen. Van de 17 personen die dit meedeelden, waren er 9 mannen (van de 142; 6.3%) en 8 vrouwen (van de 146; 5.5%). In de groep die hun uitnodiging per post ontving, waren er 13 (van de 169; 7.7%) patiënten die geen interesse vertoonden. In de groep die via e-mail werd uitgenodigd, waren dit er 4 (van de 119; 3.4%). De gemiddelde leeftijd van de 17 niet-geïnteresseerden bedroeg 60 jaar (mediaan 59j).

Deze 17 personen gaven in totaal 20 redenen op waarom zij niet geïnteresseerd waren om in te gaan op de uitnodiging voor een preventieconsult. De meest aangehaalde reden (7x) was: “Ik zal naar de dokter komen wanneer ik ziek ben.” Vier patiënten gaven als reden op reeds voldoende op de hoogte te zijn van gezondheidspreventie en 2 patiënten vermeldden geen tijd te hebben om hiervoor op consultatie te komen. Er werd ook door 7 patiënten een gepersonaliseerde reden genoteerd onderaan het formulier:

- "Ik heb reeds een dossier dat was bij Dr. Decraene en dus in jullie praktijk ligt."
- "Ik laat regelmatig bloed trekken en voel mij gezond."
- "Doe regelmatig bloedafname. Jaarlijks controle tandarts - gynaecoloog."
- "Omdat ik toch ongeveer tweemaandelijks bij Dr. Janssens op bezoek kom, lijkt verder preventief onderzoek me niet direct nodig."
- "Ik laat regelmatig mijn bloed kontroleren (om de 3 maand)"
- "Laat jaarlijks bloed prikken. Jaarlijks consult gynaecoloog, mammografie wordt opgevolgd. Ook werd reeds preventie darmCA OZ gedaan. Voor tetanusvaccinatie ben ik allergisch. Dus ben al lang bezig met preventie + krijg jaarlijks medisch OZ op het werk.”
- "Ik ben in behandeling bij Dr. Janssens en ga regelmatig op controle."



Grafiek 13 Redenen voor patiënten (n=17) om niet in te gaan op de uitnodiging voor een preventieconsult.

5. Discussie

5.1. Implementatie

Gebrek aan preventieorganisatie op praktijkniveau bleek een groot probleem om gebruik te maken van de Gezondheidsgids en om te starten met gerichte preventieconsultaties. Door middel van dit praktijkproject werd een duidelijk interventieplan opgesteld en kon de Haio optreden als preventiecoördinator. Het uitrollen van het project verliep zonder al te veel problemen en werd door alle artsen positief onthaald.

Het project werd uitgevoerd bij een steekproef van de doelpopulatie, nl. GMD-patiënten tussen 45 en 75 jaar. Er werden uitnodigingen verstuurd naar patiënten uit 3 geboortemaanden (juli, augustus, september). Naar schatting maakte de onderzoekspopulatie ongeveer een vierde uit van de doelpopulatie. Doordat er een afzonderlijke brief was voor zowel mannen als vrouwen zorgde men ervoor dat de aanspreking iets persoonlijker kon gemaakt worden. Ook de inhoud van de brief en de vragenlijst kon men op die manier aanpassen aan het geslacht.

Patiënten werden enerzijds via klassieke post of anderzijds via e-mail uitgenodigd voor een preventieconsult. ***Hierbij werd het uitnodigen via e-mail voor de praktijk zelf als de makkelijkste weg beoordeeld.*** Met 1 druk op de knop kon men direct verschillende uitnodigingen tegelijk versturen. Via de klassieke weg ging het allemaal veel trager en was het zowel arbeidsintensiever als duurder. Men moest de uitnodigingsbrieven eerst printen en plooien, daarna in enveloppen steken, adressen noteren, postzegels kleven en uiteindelijk de brieven op de post doen.

Het invoeren van een telefonische recall bij respondenten was een ideale taak voor de praktijkassistente. Dit verliep vlot en koste de assistente niet veel tijd. Tijdens het project werd de *recall* voorzien 3 maanden nadat de vragenlijst werd binnengebracht. Het lage aantal *recalls* in dit onderzoek (17) was te wijten aan de 'wachttijd' die werd vooropgesteld. Op het moment dat de *recall* werd ingevoerd bleek het bij sommige patiënten al 3 maanden geleden te zijn dat ze de vragenlijst retourneerden. Om de organisatie van de *recall* te standaardiseren werd daarom beslist een periode van 3 maanden in te lassen. Een kortere periode (bv. 1 maand) zou misschien beter geweest zijn omdat dit dichter bij het moment lag waarop patiënten gemotiveerd waren om deel te nemen aan een preventieconsult.

De GMD+ module die Sarah Vanhulsel ontwikkelde, was begrijpelijk en gebruiksvriendelijk. Dit vormde een duidelijke meerwaarde voor de praktijk vermits het EMD (Windoc) bij de start van het project nog niet beschikte over zo een module. De antwoorden op de vragen konden in de Excel-module gemakkelijk bewaard en gedeeld worden met de andere artsen van de praktijk. Tijdens het verloop van het project werd wel een preventiemodule voorzien in het EMD, maar deze leek te uitgebreid als men het vergeleek met de inhoud van de Gezondheidsgids. Daarom werd ervoor gekozen om de eigen module verder te gebruiken.

In eerste instantie was het de bedoeling om op voorhand de ingevulde vragenlijsten over te nemen in het programma. Op die manier kon tijd bespaard worden tijdens de consultaties. Naarmate het project vorderde leek het haalbaar om dit tijdens de consultatie te doen. Na enkele consultaties had men ervaring opgedaan met het programma en deed men ook kennis op rond het verloop van een preventieconsult en het gebruik van de Gezondheidsgids. In het begin van het project was de voorziene tijd van 30 minuten voor een preventieconsult misschien wat

scherp gerekend. Men kan wel besluiten dat men het consult meestal kon afsluiten binnen de daarvoor voorziene tijd.

Over het algemeen verliep de implementatie van het preventieconsult zeer vlot. Het gebruik van e-mail werd door de praktijk als een handig hulpmiddel beoordeeld. Het doel om in de praktijk het preventieve luik van geneeskunde op een meer systematische manier aan bod te laten komen, werd hiermee zeker bereikt. Nadat de implementatie van preventie in de praktijk goed van start ging, kan nu naar de toekomst gekeken worden om dit verder aan te passen en/of uit te breiden.

5.2. Respons

Aan de hand van de literatuurstudie stelde men een realistisch doel met een opkomst van 20%. Na een eenmalige uitnodiging werd deze ***doelstelling niet bereikt met een opkomst van 9.4%***. Nochtans bleek ***24.0% van de onderzoekspopulatie duidelijk geïnteresseerd*** te zijn in een preventieconsult doordat ze de vragenlijst ingevuld terug binnen brachten. Door het organiseren van een telefonische *recall* bij 17 patiënten werden 10 extra consultaties uitgevoerd en nam de opkomst toe tot 12.8%. ***Het toevoegen van een recall naast de uitnodiging zou dus de opkomst sterk kunnen beïnvloeden.*** De mogelijke meerwaarde hiervan dient dan ook in de toekomst nog verder onderzocht te worden. Slechts iets meer dan 1 op 20 patiënten gaf aan geen interesse te hebben in een preventieconsult. Dat ook 6 patiënten buiten dit project een preventieconsult deden, was mooi meegenomen.

Een eenduidige verklaring voor de lage opkomst is niet makkelijk te vinden. Eerst en vooral zag men in de literatuurstudie dat bij andere onderzoekers er vaak nog extra factoren aanwezig waren die een hogere opkomst konden verklaren, bijvoorbeeld: affiche in de wachtzaal, forfaitaire praktijk, geheel gratis consultatie, enz. Anderzijds was er het probleem van foutieve adressen. Ook Marieke Priem en Sylke Van Dierdonck hadden hiermee te kampen tijdens hun onderzoek. (9, 10) Voor de start van het project in onze praktijk werd getracht om het probleem deels op te lossen door een bericht over adreswijzingen op te hangen in de wachtzaal en om geregeld de e-ID van de patiënten in te lezen in het EMD. Toch kan men zich niet van de indruk ontdoen dat dit een belangrijk probleem is. Anderzijds is men het in de praktijk niet gewoon om grote populatiegerichte acties op touw te zetten en al zeker niet om hiervoor uitnodigingen uit te sturen. Nog een mogelijke verklaring is dat patiënten te weinig kennis hadden en te weinig vertrouwd waren met preventie. Voor het project spoorde men enkel de patiënten vrij systematisch aan voor een jaarlijkse bloedafname en griepvaccinatie. Andere preventieve acties deed men over het algemeen vraaggestuurd. Ook was er in de wachtzaal geen affiche aanwezig die de patiënten reeds inlichtte over het onderwerp 'preventie'. ***Het probleem van foutieve adressen en patiënten op voorhand informeren over een bepaald onderwerp zijn zaken die men meeneemt naar de toekomst.***

Als men kijkt naar het aantal preventieconsulten per medium dan was er een klein relatief voordeel van 4.1% voor de populatie die via e-mail werd uitgenodigd. Dit betekent dat er per 25 uitnodigingen er 1 extra preventieconsult was indien dit via e-mail gebeurde. Anderzijds lijkt de totale respons bij de populatie die per post werd uitgenodigd net iets groter te zijn, nl. een voordeel van 3.6%. Dit wil dus zeggen dat er meer responders waren in deze groep, maar dat men uiteindelijk geen afspraak maakte om op consultatie te komen. In dit onderzoek kan men er niet van uitgaan dat beide populaties dezelfde karakteristieken hadden en dit kan een invloed hebben op de respons. Als men toch zoekt naar een mogelijke verklaring voor het verschil

tussen beide cijfers dan ligt deze misschien in het feit dat de brief recto verso werd gekopieerd. De vragenlijst stond op de achterzijde van de uitnodigingsbrief en als men deze terug binnenbracht, was er thuis niets meer aanwezig om de patiënt eraan te herinneren om een afspraak te maken. Een e-mail daarentegen bleef wel aanwezig in de *inbox* en kon men ook aanduiden als 'belangrijk' of 'op te volgen'. De praktijkassistente gaf aan dat veel patiënten die zij opbelde, gewoonweg vergeten waren een afspraak te maken. Het verschil in totale respons zou men dan kunnen verklaren doordat een brief iets 'fysiek' is en dat men bij het zien ervan er steeds aan wordt herinnerd om deze in te vullen. Een e-mail daarentegen kan men wel lezen, maar staat vaak in een lijst met veel andere berichten of wordt door het e-mailprogramma bestempeld als *junk mail*. Er is vandaag de dag ook het probleem van de *overload* aan e-mails waardoor de uitnodiging misschien minder opvalt. Het zou dus kunnen dat een klassieke brief op die manier juist meer opvalt dan een dagdagelijkse e-mail. Het valt wel op te merken dat het ***verschil in opkomst en respons tussen beide uitnodigingsvormen slechts beperkt*** was en dus ook vrij gelijklopend. Er werd geen opmerkelijk verschil genoteerd.

Vrouwen reageerden ietwat meer dan mannen op de uitnodiging met slechts een verschil van 2.8%. Mannen daarentegen maakten na die uitnodiging wel enigszins vaker een afspraak dan vrouwen (2.4% verschil). Zoals blijkt uit de literatuurstudie is er ook in deze onderzoekspopulatie ***nauwelijks een verschil te merken tussen de respons bij mannen en vrouwen***. Bij vrouwen is er wel een iets groter potentieel aan mogelijke preventieconsulten. Een *recall* zou de opkomst dus nog kunnen verhogen. Als we kijken naar de interesse en opkomst per medium in beide geslachtsgroepen dan valt het op dat er bij vrouwen nog heel wat mogelijke preventieconsulten staan te wachten in de groep die per post werd uitgenodigd. Men stelde vast dat er 27.5% geïnteresseerde vrouwen waren in deze groep, maar dat slechts 5.5% een afspraak maakte. In vergelijking met de groep die per e-mail werd uitgenodigd, lagen de resultaten helemaal anders. Daar kwamen meer dan het dubbele aantal vrouwen op consultatie (12.7%), en was 21.8% geïnteresseerd. Waarom de resultaten tussen beide groepen zo verschillen is niet duidelijk. Bij mannen lagen de resultaten tussen beide uitnodigingsstrategieën veel dichter bij elkaar en was er geen duidelijk verschil op te merken.

Uit de literatuurstudie viel geen duidelijk besluit op te maken over het verband tussen ***leeftijd*** van patiënten en het al dan niet ingaan op de uitnodiging voor een preventieconsult. In dit onderzoek zag men in de groep die per e-mail werd uitgenodigd, dat de gemiddelde leeftijd iets lager lag dan in de groep die per post werd uitgenodigd, respectievelijk 57 jaar ten opzichte van 61 jaar. Dit is ook niet verwonderlijk vermits e-mail nu eenmaal een moderner communicatiemiddel is. Desalniettemin was het verschil niet dermate groot dat dit een duidelijke invloed kon hebben op de respons. Globaal genomen viel de leeftijd van de personen die na de uitnodiging op consultatie kwamen iets jonger uit (56 jaar) dan de gemiddelde leeftijd (59 jaar), en dan voornamelijk bij mannen (55 jaar). Dat jongere personen meer deelnamen aan het preventieconsult ziet men ook als men de 3 leeftijdsgroepen onderling vergelijkt: een verschil van meer dan 5% als men de jongste groep (45-54j) vergelijkt met de 2 oudere groepen (55-64j en 65-75j). Qua totale respons ziet men evenwel een omgekeerde tendens. In de oudste groep (65-75j) waren er relatief meer geïnteresseerden dan bij de jongere groepen. Dit wil dus zeggen dat er meer potentiële preventieconsulten te vinden zijn bij de oudste groep patiënten. ***Anderzijds zijn ook hier weer de verschillen niet dermate groot dat er van echte trends kan gesproken worden.*** Wat wel opvalt is dat vrouwen tussen 55 en 64 jaar zeer weinig deelnamen

met een deelnameratio van slechts 4.8%. Bij hun mannelijke tegenhangers was dit 11.3%. Een eenvoudige verklaring is hiervoor niet te vinden.

Als men kijkt naar de relatieve respons per uitnodigingsstrategie (brief of e-mail) dan ziet men dat de totale respons bij de 2 jongste groepen het grootst was voor de subgroep die werd uitgenodigd per brief. Wat opvalt is dat net bij de oudste patiënten (65-75j) zowel de totale respons als het aantal preventieconsulten relatief het hoogst was bij de groep die per e-mail werd uitgenodigd. Er was zelfs meer dan een dubbel aantal preventieconsulten in deze groep. Dat is toch wel zeer opmerkelijk. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat slechts 21 patiënten van de oudste patiënten per e-mail werden uitgenodigd. Door dit kleine aantal zijn de relatieve cijfers niet zo betrouwbaar. Mogelijks is er sprake van *confounding* doordat mensen die op oudere leeftijd nog actief zijn op de computer, misschien personen zijn die mentaal en lichamelijk nog goed functioneren en meer geïnteresseerd zijn in preventie. Men zou dus kunnen te maken hebben met 2 verschillende populaties die anders in het leven staan en anders kijken naar preventie. Tot slot ziet men dat bij de patiënten tussen 55 en 64 jaar er nog een grote groep respondenten over blijft die nog geen afspraak maakten voor hun preventieconsult.

Het aantal preventieconsulten was bij patiënten met een lagere SES niet verschillend ten opzichte van de groep patiënten die hiertoe niet behoorde (verschil < 1.5%). Wat het aantal respondenten in de lagere sociaaleconomische klasse betrof, lag dit relatief lager dan het globale resultaat, nl. 5.4% minder ingevulde vragenlijsten. Uit voorgaande thesissen bleek niet duidelijk of de SES een invloed had op de respons. Bij uitgebreider literatuuronderzoek wordt dit vaak geopperd, maar in deze studie lagen de verschillen dicht bijeen qua opkomst. Als men naar de totale respons kijkt dan zou men eventueel kunnen zeggen dat patiënten met een lagere SES minder geïnteresseerd zouden zijn in preventie.

Uit de literatuurstudie kon men concluderen dat er een correlatie bestaat tussen het aantal consultaties tijdens het laatste jaar en het al dan niet ingaan op de uitnodiging voor een preventieconsult. ***In dit onderzoek kwamen respondenten 1,5 keer meer op consultatie in het jaar voor de uitnodiging ten opzichte van non-responders en niet-geïnteresseerden.*** Dit lag in de lijn van de resultaten van de literatuurstudie. Van de non-responders en niet-geïnteresseerden kwamen er ook bijna dubbel zoveel patiënten niet of slechts 1 keer op consultatie in het laatste jaar, nl. 27.4% ten opzichte van 15.9%. Men moet hierbij opmerken dat bij patiënten die zo onfrequent consulteren er *bias* kan ontstaan doordat er minder aangelegenheden zijn om eventueel foutieve adresgegevens aan te passen.

5.3. Preventieconsult

In totaal kwamen 37 patiënten op consultatie om een preventieplan op te stellen. Opmerkelijk was dat bij de 5 diabetespatiënten acetylsalicylzuur ontbrak in de behandeling van het cardiovasculair risico. Ook in de groep die de vragenlijst binnenbracht, maar geen afspraak maakte waren er 3 diabetespatiënten waarvan er 2 geen acetylsalicylzuur kregen. Al deze patiënten waren ouder dan 50 jaar en behoorden dus tot groep met een hoog cardiovasculair risico (>10%). Volgens de richtlijnen van de Gezondheidsgids dient men bij deze patiënten acetylsalicylzuur toe te voegen aan de behandeling. (2) Men baseert zich hierbij op de aanbeveling 'Cardiovasculair Risicobeheer' van Domus Medica. In deze richtlijn stelt men nochtans dat in studies bij diabetici het beschermde effect van acetylsalicyszuur eerder teleurstellend is. Ook in de aanbeveling 'Diabetes Mellitus Type 2' van Domus Medica geeft men aan om bij diabetespatiënten in primaire preventie terughoudend te zijn en verdere resultaten

van studies af te wachten. (39) In de standaarden van NHG over Diabetes Mellitus type 2 en het Cardiovasculair Risicomanagement stelt men duidelijk dat acetylsalicylzuur enkel een plaats heeft bij secundaire preventie. (40, 41) Een meta-analyse verschenen in The Lancet toonde een afwezig gunstig effect in primaire preventie bij diabetespatiënten. (42) Ook de richtlijnen van de *European Society of Cardiology* en de *European Association for the Study of Diabetes* adviseren geen gebruik te maken van acetylsalicylzuur bij primaire preventie. (43) De *American Heart Association* en de *American Diabetes Association* daarentegen adviseren het gebruik van acetylsalicylzuur wel als primaire preventie. (44) Op praktijkniveau werden deze bevindingen en aanbevelingen besproken en kwam men tot de consensus dat acetylsalicylzuur niet zomaar bij alle 50-plussers met diabetes moet worden toegevoegd aan de behandeling. ***Ondanks dat patiënten met diabetes hoe dan ook al een hoog cardiovasculair risico hebben, zal men aan de hand van de SCORE-tabel inschatten of acetylsalicylzuur al dan niet geïndiceerd is.*** Indien deze patiënten ook in deze tabel behoren tot de hoogrisicogroep (ondanks hun diabetes) dan kan dit een extra argument zijn om acetylsalicylzuur te gebruiken in primaire preventie. Uiteraard zal men de resultaten van verdere studies nauwlettend in de gaten houden.

Niemand van de patiënten die op consultatie kwam, vertoonde alcoholafhankelijkheid. Vijf patiënten hadden wel een problematisch alcoholgebruik. In de Gezondheidsgids geeft men aan dat ongeveer 10% van de actieve bevolking een problematisch alcoholgebruik vertoont. In deze kleine steekproef was dat 13.5%. Door het feit dat patiënten vaak sociaal 'correct' antwoorden bij dit soort vragen, is dit vermoedelijk een onderschatting van het probleem. Men zou dus kunnen stellen dat ***het overmatig gebruik van alcohol een probleem is dat in deze praktijk beter kan aangepakt worden***. Verder onderzoek is hierbij wel nodig.

Tijdens dit onderzoek werd bij 24 patiënten een nuchtere glycemie bepaald. Tien patiënten dienden niet gescreend te worden omdat ze reeds gekend waren met diabetes of omdat ze geen verhoogd risico vertoonden. Bij 1 patiënt stelde men de diagnose diabetes mellitus type 2 en bij 4 patiënten zag men een gestoorde nuchtere waarde. Dit toont aan dat, ondanks het opportunistisch uitvoeren van een jaarlijks bloedonderzoek in deze praktijk, het systematisch screenen naar diabetes tijdens een preventieconsult toch een meerwaarde zou kunnen bieden. Uiteraard moet men opletten met het veralgemenen van de resultaten door het kleine aantal patiënten waarbij gescreend kon worden naar diabetes.

In het kader van screening naar diabetes werd de BMI bepaald en deze was gemiddeld 28,57 kg/m^2. Slechts 10 van de 37 onderzochte personen toonden een normaal gewicht met een BMI tussen 18,5 en 25. Dit is opvallend, maar bevestigt de trend die al jaren te horen is dat de Belgische bevolking steeds dikker wordt. Daarnaast bleken ook ongeveer 1 op 6 patiënten niet dagelijks groenten en fruit te eten en kwamen meer dan 1 op 4 patiënten niet aan 30 minuten beweging per dag. ***Het probleem rond gezonde voeding, beweging en overgewicht zou men als een praktijkproject verder in kaart kunnen brengen.*** Van daaruit zullen dan verdere acties ondernomen worden.

Van de patiënten die op consultatie kwamen, was minder dan de helft in orde met de ***vaccinatie tegen tetanus***. Dit project kon er dan ook voor zorgen dat hun vaccinatie in orde werd gebracht. Ook als men naar de hele populatie geïnteresseerden kijkt, ziet men dat minder dan helft een rappel kreeg minder dan 10 jaar geleden. Zoals men in andere thesissen kon lezen, is dit in veel praktijken een groot probleem. ***Ook in deze praktijk lijkt dit een ideaal onderwerp om in de toekomst een project rond op te zetten.*** Pneumokokkenvaccinatie is vermoedelijk een

onderwerp wat soms te weinig aan bod komt. Een preventieconsult kan hierbij het uitgelezen moment zijn om hierover met de patiënt te overleggen en info te verschaffen.

Screenen op colorectale kanker heeft een plaats in het preventieconsult ondanks de organisatie van een bevolkingsonderzoek door de Vlaamse overheid. Voornamelijk patiënten die een verhoogd risico zouden hebben, kan men tijdens een preventieconsult gericht identificeren. Tijdens dit onderzoek waren er 2 patiënten die omwille van een positieve familiale anamnese een verhoogd risico hadden en een coloscopie moesten ondergaan. Bij 1 persoon was het resultaat gekend en toonde dit een geruststellend beeld. Ook voor patiënten zonder verhoogd risico lijkt het toch zinvol om naast het bevolkingsonderzoek dit ook aan te halen tijdens een preventieconsult. Door patiënten beter in te lichten en op te volgen of zij meewerken aan dit onderzoek, zal vermoedelijk de participatie verhogen. Tien patiënten hadden reeds meegewerkt aan het bevolkingsonderzoek en bij nog eens 10 patiënten werd een iFOB-test uitgevoerd naar aanleiding van het preventieconsult. Bij 2 personen was deze test positief en 1 van hen onderging een coloscopische wegname van 2 dysplastische adenomen. Het preventieconsult lijkt dus ook op dit vlak een meerwaarde te bieden.

Wat de screening naar borst- en baarmoederhalskanker betreft, leek de participatie in deze kleine onderzoekspopulatie vrij hoog te zijn. Ook hier kan men net zoals bij screening naar colorectale kanker benadrukken dat een preventieconsult een uitgelezen moment is om screening op te volgen en waar nodig extra informatie te verschaffen.

Uit de resultaten blijkt dat het actief bevragen van depressieve klachten in dit onderzoek geen duidelijke meerwaarde bood tijdens een preventieconsult. Het waren voornamelijk patiënten die reeds voor een depressie behandeld werden die positief antwoordden op de vragen hieromtrent.

5.4. Barrières

Zeventien patiënten deelden actief mee geen interesse te hebben in een preventieconsult. Dit meedelen gebeurde niet geheel anoniem. Om de karakteristieken van de niet-geïnteresseerden te kunnen analyseren, werd gevraagd om hun naam te noteren op het formulier. Hierop stond wel vermeld dat hun antwoord anoniem zou verwerkt worden. Mogelijks leidde dit toch tot een drempel om dit formulier binnen te brengen.

De karakteristieken van deze groep lagen in de lijn van deze van de totale onderzoekspopulatie. ***Dat men naar de dokter zou komen wanneer men ziek is, was de meest frequente reden om niet op de uitnodiging in te gaan.*** Dit was ook het topantwoord in het onderzoek van Eline Tratsaert. (5) In tegenstelling tot de resultaten in de literatuurstudie, bleek het onvoldoende tijd hebben, geen belangrijke reden te zijn voor deze 17 patiënten. Uit de redenen die men als vrije tekst kon opgeven, bleek net zoals in de literatuurstudie ***het reeds voldoende opgevolgd worden ook een belangrijke reden*** te zijn om niet deel te nemen. Daarnaast kan men concluderen dat minstens 4 van de 17 patiënten preventie enkel associëren met bloedanalyses. Betere voorlichting en informatie zou deze personen kunnen overtuigen om toch deel te nemen.

5.5. Hoe moet het nu verder?

Ongeveer een vierde van de totale doelpopulatie werd tijdens deze studie uitgenodigd voor een preventieconsult. Daarom besliste men om na het beëindigen van het onderzoek ***de gehele doelpopulatie verder actief uit te nodigen*** voor een preventieconsult. Het systematisch

uitnodigen zou wel alleen nog ***via e-mail*** verlopen. Het uitnodigen per brief werd als te arbeidsintensief en te duur geëvalueerd. Daarnaast werd er ook een affiche opgehangen in de wachtzaal om zo meer patiënten hiervoor warm te maken. Het uitvoeren van ***een telefonische recall werd zeker en vast behouden*** vermits dit ervoor zorgde dat geïnteresseerde patiënten ook degelijk een afspraak maakten. De periode tussen uitnodiging en *recall* zou men wel verminderen naar ongeveer 1 maand in plaats van 3 maanden zoals in de studie. Hoe men patiënten zal uitnodigen die niet beschikken over een e-mailadres zal nog verder bekeken worden.

Door de implementatie van het preventieconsult en het gebruik van de Gezondheidsgids zullen de artsen van deze praktijk vermoedelijk in de toekomst ook meer preventieve items aanhalen tijdens de alledaagse consultaties. Hierdoor is het mogelijk dat meer patiënten dan enkel diegene die een preventieconsult doen hier baat bij zullen hebben. Zo zal preventie meer en meer geïmplementeerd worden in deze praktijk en zou men het uiteindelijke doel kunnen bereiken: gezondheidspreventie voor iedereen. Op die manier kan het in de toekomst misschien mogelijk zijn om alle items van het preventieconsult gedurende het jaar af te werken zonder hiervoor een afzonderlijk preventieconsult te organiseren. Dit geldt uiteraard enkel voor die patiënten die geregeld op consultatie komen.

6. Besluit

1. Wat is de responsratio van een populatiegerichte uitnodiging voor een preventieconsult via brief of e-mail? Welk communicatiemiddel kan bijgevolg in de toekomst gebruikt worden?

Een literatuurstudie van voorgaande masterproeven toonde een gemiddelde responsratio van 18.3% na een schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult. In dit onderzoek lag het aantal consultaties slechts op ongeveer de helft (9.4%). De respons na uitnodiging per post was zelfs nog minder, niet meer dan 7.7%. Nochtans bleek 24.0% van de steekproef wel geïnteresseerd te zijn door de ingevulde vragenlijst terug binnen te brengen. Het probleem tijdens dit onderzoek bestond er dus uit dat niet alle respondenten een afspraak maakten. Daarom besliste men om tijdens het verloop van het project de strategie aan te passen en een telefonische *recall* bij deze groep te organiseren.

De opkomst na het versturen van een e-mail was dus iets groter in vergelijking met het uitnodigen via de klassieke post. Anderzijds was de respons ietwat groter in de groep die per post werd uitgenodigd. Dit is mogelijks te verklaren doordat de vragenlijst op de achterkant van de uitnodigingsbrief werd gekopieerd. Als men de vragenlijst terug binnenbracht, had men dus geen fysieke *reminder* meer die de patiënt eraan herinnerde om een afspraak te maken. Naar de toekomst toe zou het dus beter zijn om ofwel een aparte vragenlijst te voorzien of om er voor te zorgen dat er nog een kaartje wordt toegevoegd aan de brief die als *reminder* kan dienen om een afspraak te maken.

Vermits het verschil in relatieve opkomst en interesse tussen beide uitnodigingsstrategieën niet zo uitgesproken was, kwam men tot het besluit dat er geen duidelijke voorkeur is voor een van beide. Evenwel, als men rekening houdt met het feit dat uitnodigingen per post veel arbeidsintensiever en duurder zijn, dan zou men in de toekomst het best kiezen voor het versturen van uitnodigingen via e-mail. Verder onderzoek is hierbij aangewezen. Een struikelblok is wel dat men in deze praktijk niet van alle patiënten beschikt over een e-mailadres. Dit vormt dan ook een voorwaarde om hiermee in de toekomst te kunnen doorgaan.

2. Kan een eenmalige *recall* van geïnteresseerde patiënten een meerwaarde bieden?

Er werd slechts bij 17 patiënten een telefonische *recall* uitgevoerd. Dit leverde wel 10 extra consultaties op en liet de opkomst stijgen van 9.4% naar 12.8%. Een *recall* zou dus zeker en vast een grote meerwaarde kunnen bieden bij geïnteresseerde patiënten. Dit dient wel nog verder onderzocht te worden.

3. Welke factoren kunnen bepalend zijn voor het al dan niet deelnemen aan een preventieconsult?

De opkomst en interesse tussen mannen en vrouwen verliep in dit onderzoek grotendeels gelijk. Wat opviel was dat bij de vrouwen die per brief werden uitgenodigd de interesse hoog was, maar de effectieve opkomst laag. Ook vrouwen tussen 55 en 64 jaar namen zeer weinig deel aan het preventieconsult. Een duidelijke verklaring hiervoor werd niet gevonden.

In dit onderzoek kwamen jongere patiënten (45-54j) relatief iets meer op consultatie in vergelijking met patiënten die ouder waren. Anderzijds was de totale respons in de oudste groep (65-75j) het grootst. Deze groep heeft dus het grootste potentieel aan preventieconsulten. Al bij

al lagen de resultaten dicht bij elkaar en kon geen duidelijk besluit genomen worden. Opvallend was wel dat in de oudste groep zowel de respons als het aantal effectieve consultaties het grootst was bij de patiënten die werden uitgenodigd per e-mail.

Tijdens dit project werd geen duidelijk verschil opgetekend qua aantal preventieconsulten tussen patiënten met een lagere SES en patiënten met een betere SES. Enkel de totale respons was wel lager bij de groep patiënten die zich onderaan op de sociaaleconomische ladder bevond.

Zoals in de literatuurstudie aangegeven, werd ook in dit onderzoek een mogelijk verband gevonden tussen het aantal consultaties tijdens het laatste jaar en het al dan niet deelnemen aan een preventieconsult. Men maakt hierbij wel de opmerking dat er *bias* kan optreden doordat bij patiënten die minder consulteerden er ook minder kans was om de adresgegevens correct aan te passen.

4. Waarom wensen patiënten niet in te gaan op de uitnodiging voor een preventieconsult?

Bij 17 patiënten die een of meerdere redenen opgaven waarom men geen interesse had, bleek dat men pas naar de dokter zou komen als men ziek is en had men ook het gevoel reeds voldoende opgevolgd te worden door hun huisarts. In tegenstelling tot de literatuurstudie bleek men in deze studie het gebrek aan tijd niet vaak als reden op te geven. Vermoedelijk associëren sommige niet-geïnteresseerden preventie enkel met bloedanalyses.

5. Nieuwe onderzoeksvragen en praktijkprojecten

- Kan het gebruik van e-mail ook bij andere aspecten (naast preventie) gebruikt worden in de communicatie naar patiënten? Is er een toekomst voor e-consultaties?
- Zou een online vragenlijst de respons en de opkomst voor een preventieconsult vergroten?
- Hebben patiënten het liefst een afzonderlijk preventieconsult of moeten deze onderwerpen gedurende het jaar besproken worden? Hoe pak je dit praktisch aan?
- Hoe kan men patiënten die niet frequent op consultatie komen overtuigen om aan preventie te doen?
- Waarom zouden patiënten met een lagere SES minder interesse hebben in een preventieconsult (in deze praktijk)?
- Welke meerwaarde heeft de telefonisch *recall* (in deze praktijk)? Andere *recall*-methodes (bv. SMS)?
- Praktijkprojecten:
    - Project rond tetanus- en pneumokokkenvaccinatie;
    - Project rond het preventief gebruik van acetylsalicylzuur bij diabetespatiënten;
    - Project rond alcoholgebruik;
    - Project rond gezonde voeding, beweging en gewicht/BMI.

7. Referenties

1. Domus Medica. Kent u het globaal medisch dossier plus (GMD+)? 2013.
2. Domus Medica. Gezondheidsgids 2014: Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk [01/12/2014]. Beschikbaar op: http://www.ggids.be/.
3. Musschoot M. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventie dossier (GMPD)? Gent: Universiteit Gent; 2009.
4. Cosyn E, Vandenberghe S. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Gent: Universiteit Gent; 2012.
5. Tratsaert E. Implementatie van de Gezondheidsgids van Domus Medica in de praktijk. Gent: Universiteit Gent; 2012.
6. Rowies D. Wat is de tevredenheid van 45-55 jarige patiënten die voor de eerste maal een systematisch preventieconsult aangeboden krijgen? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2012.
7. Feys C, Fouvry J. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2012.
8. De Clerck K. Optimaliseren van preventie in de huisartspraktijk door gebruik te maken van een "call" en de medische vragenlijst van de gezondheidsgids. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2012.
9. Priem M. Wat weerhoudt patiënten ervan om deel te nemen aan het preventieconsult? . Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2013.
10. Van Dierdonck S. Wat motiveert patiënten op preventieconsult te komen? Leuven: Universiteit Leuven; 2013.
11. Kavalevich N. Actief aanbieden van een preventieconsult onder de vorm van GMD plus. Gent: Universiteit Gent; 2013.
12. Carnol L. Heeft de organisatie van een preventieconsult in kader van het GMD-plus een invloed op het cardiovasculair risicobeheer in de praktijk? Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2013.
13. Smeets M. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
14. Vernooij T. De implementatie van het GMD+: een rol voor de verpleegkundige? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
15. Lambrechts T. Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met ondersteuning van het Preventiecentrum regio Turnhout? Speciale aandacht voor cardiovasculair management. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2013.
16. Schippers W. Het GMD+ in een groepspraktijk met behulp van het Preventiecentrum regio Turnhout Extra aandacht voor vroegtijdige opsporing van COPD dmv spirometrie. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2013.
17. Delanoye A. Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk. Bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie. Gent: Universiteit Gent; 2013.
18. Cools I. Hoe organiseer je het gebruik van het GMDPlus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
19. Jones RM, Devers KJ, Kuzel AJ, Woolf SH. Patient-reported barriers to colorectal cancer screening: a mixed-methods analysis. American journal of preventive medicine. 2010;38(5):508-16.
20. Blomberg K, Tishelman C, Ternestedt BM, Tornberg S, Leval A, Widmark C. How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. Acta oncologica. 2011;50(1):112-20.

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. Van de Kerkhof RM, Godefrooij MB, et al. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2010;154:A1860.
23. Nielen MMJ, van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot preventieconsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL, 2010.
24. Bosmans T. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2012.
25. Avalosse H, Gillis O, Cornelis K, Mertens R. Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen. CM Informatie. 2008:3-15.
26. Aarts MJ, Lemmens VE, Louwman MW, Kunst AE, Coebergh JW. Socioeconomic status and changing inequalities in colorectal cancer? A review of the associations with risk, treatment and outcome. European journal of cancer. 2010;46(15):2681-95.
27. Wardle J, McCaffery K, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. Social science & medicine. 2004;59(2):249-61.
28. Pauwels L. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2011.
29. Mannaerts A. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. Leuven: Universiteit Leuven; 2012.
30. Jacobs L. De gezondheidsgids. Perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel. Gent: Universiteit Gent; 2010.
31. Mennes S. GMD-plus: een recept voor de praktijk. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
32. Vanhulsel S. Het GMD+ in onze praktijk. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
33. Verhaegen S. Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartsenpraktijk? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2012.
34. Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Globaal medisch dossier (GMD): Preventiemodule (nomenclatuurcodenummer 102395) [01/12/2014]. Beschikbaar op: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#.VQqzbI6G_zL.
35. Orde Van Geneesheren. Advies nationale raad betreffende uitnodiging voor preventief check-up. Tijdschrift Nationale Raad: Orde Van Geneesheren. 2010;129:19-20.
36. McEachern JE, Neuhauser D. The continuous improvement of quality at the Hospital Corporation of America. Health matrix. 1989;7(3):5-11.
37. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of consulting and clinical psychology. 1983;51(3):390-5.
38. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction. 1993;88(6):791-804.
39. Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. WVVH-VDV Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus Type 2. Gent/Berchem: WVVH/VDV; 2005.
40. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, Holleman F, Burgers JS, Wiersma TJ, Janssen PGH. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet. 2013;56(10):512-25.
41. NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening). Huisarts Wet. 2012;55(1):14-28.
42. Antithrombotic Trialists C, Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-

analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet. 2009;373(9678):1849-60.
43. Ryden L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). European heart journal. 2007;28(1):88-136.
44. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. Diabetes care. 2007;30(1):162-72.

8. Bijlagen

Bijlage 1 – GMD+ module (Excel screenshot)

A	B	C	D	E
	<Naam hier invullen>			
	GMD+ 2014: Volledige vragenlijst afgenomen en geen risicofactoren gevonden			
	Geslacht (M of V)	V		GMD+
	Hoe oud bent u?	45	a	
	Hebt u een te hoge bloeddruk?	neen	b	
	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	neen		
	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	neen	d	
	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	neen	e	
	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	neen	f	
	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	neen		
	Rookt u?	neen	c	
	Eet u dagelijks groenten en fruit?	ja		
	Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	ja		
	Wat is uw lengte? (in cm)			
	Wat is uw gewicht? (in kg)	0	**BMI:**	Lengte meten!
	Buikomtrek?	0		
	Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	neen		
	Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	neen		
	Voor vrouwen: Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	neen		
	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	neen		nuchtere glycemie bepalen;
	Is uw vaccinatie tegen tetanus … jaar geleden?	< 10		
	Bent u hart- of longpatient?	neen		
	Bent u nierpatient?	neen		
	Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	neen		
	Voor alle vrouwen: Komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	neen		
			<datum>	
	Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar	neen	<datum>	
	Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	neen		
1	Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit		
2				
3				
	Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie:			
	- Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	neen		
	- Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	neen		

Bijlage 2 – Uitnodigingsbrief man / vrouw

"Preventie: U komt toch ook?!"



Geachte mijnheer
Beste patiënt

"Voorkomen is beter dan genezen."

Als huisarts is het niet alleen onze taak om u te genezen wanneer u ziek bent. Wij staan namelijk ook in voor gezondheidspreventie bij onze patiënten. Er zijn een heleboel ziekten en aandoeningen die we kunnen helpen voorkomen door er op tijd bij te zijn of de juiste informatie of medicatie te geven. Daarom werd door de Vlaamse overheid het ***Globaal Medisch Dossier +*** (GMD+) ingevoerd. Hierbij staat de "plus" voor het preventieve aspect van de zorgverlening door de huisarts voor patiënten tussen 45 en 75 jaar.

Misschien denkt u dat preventie voor u overbodig is, maar hoe lang is het geleden dat uw bloeddruk gemeten werd? Komen er bepaalde (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie? Wat is uw risico op hart- en vaatziekten? Is uw spuit tegen de klem in orde?

We willen u dan ook vrijblijvend uitnodigen een afspraak in onze praktijk te maken voor een uitgebreid preventief onderzoek. Op die manier zorgen wij voor een ***preventieplan op uw maat***.

Praktisch

- Indien u op onze uitnodiging wenst in te gaan, vult u de bijgevoegde ***vragenlijst*** thuis zo volledig mogelijk in.
- Bezorg de ingevulde vragenlijst aan onze praktijk (in de brievenbus, via post of e-mail).
- Maak telefonisch een afspraak.

Opdat uw arts het preventieconsult degelijk kan voorbereiden, vragen wij u de vragenlijst minstens één week op voorhand aan ons te bezorgen. Tijdens dit consult zal hij/ zij samen met u de vragen overlopen en dit resulteert in een persoonlijk preventieplan.

Het preventieconsult duurt ongeveer 30 minuten. Mogen wij u dan ook vragen om tijdens deze consultatie geen actieve problemen voor te leggen. Op die manier kan het tijdsschema voor iedereen gerespecteerd worden.

Indien u een kleefbriefje van uw ziekenfonds meebrengt, betaalt u enkel het remgeld (***€ 4***) voor de raadpleging.

We danken u alvast voor uw interesse en hopen u binnenkort te verwelkomen!

Heeft u nog vragen? Aarzel dan niet om ons te contacteren!

Met vriendelijke groeten

Huisartsenpraktijk De Bremenhul
Kasteeldreef 8/2, 9340 Lede
053/80.18.90
preventieconsult@hotmail.com
www.debremenhul.be

Naam: ……..	**Leeftijd:** …… jaar		**Datum:** ……..
Hebt u een te hoge bloeddruk?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	○ ja	○ neen	○ weet niet
Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Rookt u?	○ ja	○ neen	
Eet u dagelijks groenten en fruit?	○ ja	○ neen	
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	○ ja	○ neen	
Wat is uw lengte?	…… cm		
Wat is uw gewicht?	…… kg		
Heeft een arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Hoeveel jaar is je vaccinatie tegen tetanus geleden?	○ < 10 jaar	○ 10-20 jaar	○ > 20 jaar
Bent u long-, hart-, lever- of nierpatiënt?	○ ja	○ neen	
Hebt u geen milt meer of heeft u een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	○ ja	○ neen	
Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	○ ja	○ neen	○ weet niet
Hoe vaak drink je alcohol? ○ nooit ○ ≤ 1 keer per maand	○ 2-4 keer per maand	○ 2-3 keer per week	○ ≥ 4 keer per week
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag?	○ 1-2 ○ 3-4	○ 5-6 ○ 7-9	○ ≥ 10
Hoe vaak gebeurt het dat je ≥6 standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	○ nooit ○ minder dan maandelijks	○maandelijks ○ wekelijks	○ dagelijks
Werd u de voorbije 2 weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	○ ja	○ neen	
Werd u de voorbije 2 weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	○ ja	○ neen	

“Preventie: U komt toch ook?!”



Geachte mevrouw
Beste patiënte

“Voorkomen is beter dan genezen.”

Als huisarts is het niet alleen onze taak om u te genezen wanneer u ziek bent. Wij staan namelijk ook in voor gezondheidspreventie bij onze patiënten. Er zijn een heleboel ziekten en aandoeningen die we kunnen helpen voorkomen door er op tijd bij te zijn of de juiste informatie of medicatie te geven. Daarom werd door de Vlaamse overheid het ***Globaal Medisch Dossier +*** (GMD+) ingevoerd. Hierbij staat de “plus” voor het preventieve aspect van de zorgverlening door de huisarts voor patiënten tussen 45 en 75 jaar.

Misschien denkt u dat preventie voor u overbodig is, maar hoe lang is het geleden dat uw bloeddruk gemeten werd? Wanneer was uw laatste uitstrijkje? Komen er bepaalde (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie? Is uw spuit tegen de klem in orde?

We willen u dan ook vrijblijvend uitnodigen een afspraak in onze praktijk te maken voor een uitgebreid preventief onderzoek. Op die manier zorgen wij voor een ***preventieplan op uw maat***.

Praktisch

- Indien u op onze uitnodiging wenst in te gaan, vult u de bijgevoegde ***vragenlijst*** thuis zo volledig mogelijk in.
- Bezorg de ingevulde vragenlijst aan onze praktijk (in de brievenbus, via post of e-mail).
- Maak telefonisch een afspraak.

Opdat uw arts het preventieconsult degelijk kan voorbereiden, vragen wij u de vragenlijst minstens één week op voorhand aan ons te bezorgen. Tijdens dit consult zal hij/ zij samen met u de vragen overlopen en dit resulteert in een persoonlijk preventieplan.

Het preventieconsult duurt ongeveer 30 minuten. Mogen wij u dan ook vragen om tijdens deze consultatie geen actieve problemen voor te leggen. Op die manier kan het tijdsschema voor iedereen gerespecteerd worden.

Indien u een kleefbriefje van uw ziekenfonds meebrengt, betaalt u enkel het remgeld (***€ 4***) voor de raadpleging.

We danken u alvast voor uw interesse en hopen u binnenkort te verwelkomen!

Heeft u nog vragen? Aarzel dan niet om ons te contacteren!

Met vriendelijke groeten

Huisartsenpraktijk De Bremenhul
Kasteeldreef 8/2, 9340 Lede
053/80.18.90
preventieconsult@hotmail.com
www.debremenhul.be

Naam: ……..	**Leeftijd:** …….. jaar		**Datum:** ……..
Hebt u een te hoge bloeddruk?	O ja	O neen	O weet niet
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	O ja	O neen	O weet niet
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	O ja	O neen	O weet niet
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	O ja	O neen	O weet niet
Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	O ja	O neen	O weet niet
Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	O ja	O neen	O weet niet
Rookt u?	O ja	O neen	
Eet u dagelijks groenten en fruit?	O ja	O neen	
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	O ja	O neen	
Wat is uw lengte?	…… cm		
Wat is uw gewicht?	…… kg		
Heeft een arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	O ja	O neen	O weet niet
Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname?	O ja	O neen	O weet niet
Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap?	O ja	O neen	O weet niet
Bent u bevallen van een baby van ≥4,5kg?	O ja	O neen	
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	O ja	O neen	O weet niet
Hoeveel jaar is je vaccinatie tegen tetanus geleden?	O < 10 jaar	O 10-20 jaar	O > 20 jaar
Bent u long-, hart-, lever- of nierpatiënt?	O ja	O neen	
Hebt u geen milt meer of heeft u een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	O ja	O neen	
Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	O ja	O neen	O weet niet
Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	O ja	O neen	O weet niet
Vanaf 50 jaar: Is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden? Datum: ……	O ja	O neen	O weet niet
Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? Datum: ……	O ja	O neen	O weet niet
Hoe vaak drink je alcohol? O nooit / O ≤ 1 keer per maand	O 2-4 keer per maand	O 2-3 keer per week	O ≥ 4 keer per week
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag?	O 1-2 O 3-4	O 5-6 O 7-9	O ≥ 10
Hoe vaak gebeurt het dat je ≥6 standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	O nooit O minder dan maandelijks	Omaandelijks O wekelijks	O dagelijks
Werd u de voorbije 2 weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	O ja	O neen	
Werd u de voorbije 2 weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	O ja	O neen	

Bijlage 3 – Formulier indien niet-geïnteresseerd

Mocht u toch ***niet geïnteresseerd*** zijn in dit preventieconsult, gelieve dan onderstaande antwoordstrook in te vullen en ons te bezorgen.

Ik, ……, wens niet in te gaan op de uitnodiging voor een preventieconsult bij mijn huisarts omwille van volgende reden(en):
(kruis aan wat voor u van toepassing is)

- ○ Ik heb geen tijd om hiervoor op consultatie te komen.
- ○ Ik ben voldoende op de hoogte van gezondheidspreventie.
- ○ Ik weet niet goed wat gezondheidspreventie inhoudt.
- ○ Ik ken niemand die op preventieconsult is gekomen.
- ○ Ik heb schrik voor medische onderzoeken.
- ○ Ik heb schrik voor het resultaat.
- ○ Ik heb schrik voor financiële kosten.
- ○ Het zou voor mij te confronterend zijn.
- ○ Ik zal naar de dokter komen wanneer ik ziek ben.
- ○ Andere reden(en):

  ……..

  ……..

Met vriendelijke groeten

Huisartsenpraktijk De Bremenhul
Kasteeldreef 8/02, 9340 Lede
053/80.18.90
preventieconsult@hotmail.com
www.debremenhul.be

*Uw antwoord wordt enkel **anoniem** gebruikt voor verdere analyse in het kader van het onderzoek van Dr. Kirsten Van Rumst.*

Bijlage 4 – Informed consent

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Project

Preventie: U komt toch ook?!
Evaluatie van de implementatie van het GMD+ in onze groepspraktijk.

Beschrijving en doel van het project

U heeft bij ons in de praktijk een Globaal Medisch Dossier (GMD) en u komt dus geregeld bij ons op consultatie. Onze huisartsenpraktijk voert een onderzoek uit naar de implementatie van het algemeen preventieconsult (GMD+) bij patiënten met een GMD. De manier van uitnodigen (per post of e-mail) wordt hierbij onderzocht. Daarnaast wordt ook geanalyseerd welke patiënten ingaan op onze uitnodiging en welke niet. Op die wijze zullen wij in de toekomst gerichter patiënten kunnen uitnodigen voor dit preventieconsult.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Sara Willems.

Toestemming en weigering

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

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de uitnodiging en deelname van patiënten aan een preventieconsult bij de huisarts.

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 .....

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

□ Akkoord

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

Gelezen en goedgekeurd, Datum: .....

Dr. ..... Naam Patiënt: .....

(Stempel en handtekening) (Handtekening)

Bijlage 5 – Goedkeuring Ethisch Comité

Protocol:

- *Achtergrond/Aanleiding:*

Preventie krijgt een steeds prominentere plaats in de gezondheidszorg. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. Daarom werd in 2010 door Domus Medica de Gezondheidsgids ontwikkeld en bijgevolg werd ook een bijhorend nomenclatuurnummer gecreëerd voor dit preventieconsult (GMD+). Tot op heden blijkt dat dit preventieconsult nog niet in alle huisartsenpraktijken wordt aangeboden. Ook in mijn opleidingspraktijk worden de Gezondheidsgids en het GMD+ nog niet gebruikt. Vermits zowel mijn praktijkopleider (PO), de groepspraktijk als ikzelf graag een praktijkproject rond preventie hadden opgestart, leek ons dit het ideale moment om het GMD+ te implementeren.

- *Concrete vraagstelling:*

Evaluatie van de implementatie van het GMD+ in een groepspraktijk met 2 artsen, 2 HAIO's en een secretaresse in Lede (Oost-Vlaanderen). Hierbij wordt via verschillende media (per brief of via e-mail) een preventieconsult actief aangeboden aan patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD in de praktijk: Welke patiënten gaan erop in? Wie niet? Wie wel? Waarom niet? Valkuilen? Welke implementatiestrategie komt in deze praktijk als beste naar voor? Welke zijn de karakteristieken van de patiënten die niet ingaan op de uitnodiging voor een preventieconsult?

- *Geplande methode:*

1. Literatuuronderzoek naar reeds onderzochte implementatiestrategieën (ManaMa-thesissen). Conclusies, aanvullingen en verbeterpunten uit de literatuur zijn van belang bij het ontwikkelen van de eigen implementatiestrategie.
2. Ontwikkeling van een eigen implementatiestrategie en planning (volgens FOCUS-principe en PDCA-cirkel).
3. Inclusiecriteria: Patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD bij één van de artsen van de groepspraktijk. Geboortemaand juni tot en met december.
4. Exclusiecriteria: Patiënten die niet op consultatie kunnen komen, patiënten in een rusthuis of een instelling, wilsonbekwame patiënten, palliatieve patiënten. Geboortemaand januari tot en met mei.
5. Patiënten worden uitgenodigd a.d.h.v. een brief of e-mail. Er wordt specifiek gevraagd telefonisch een afspraak te maken om de preventieconsulten te verspreiden in de tijd en per arts. Iedere maand worden nieuwe uitnodiging verstuurd volgens de geboortemaand.
6. Patiënten krijgen naast de uitnodiging ook een vragenlijst (gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica) die op voorhand dient ingevuld en binnengebracht te worden of meegebracht kan worden naar het preventieconsult.
7. Patiënten die niet wensen in te gaan op de uitnodiging voor het preventieconsult kunnen op een apart daarvoor voorzien antwoordstrookje aangeven waarom zij dit niet wensen te doen.
8. Preventieconsult (30 min.):
   Samen overlopen van de checklist uit de gezondheidsgids van Domus Medica. Vervolgens uitvoeren van: bloeddrukmeting en klinisch onderzoek, eventuele vaccinaties, indien nodig rookstop-, voedings- en bewegingsadvies.
   Maken van een vervolgafspraak en planning van latere interventies.
9. Analyse en evaluatie van de implementatiestrategie van het GMD+, de respons bij gebruik van verschillende uitnodigingsstrategieën en patiëntenkarakteristieken in relatie tot deelname. Tussentijdse evaluaties kunnen gebruikt worden om de implementatiestrategie tijdens het praktijkproject aan te passen.
10. Besluitvorming: Wat is de beste implementatiestrategie voor deze praktijk en welke patiënten zou men extra moeten aansporen om zich aan te bieden voor een preventieconsult? Deze patiënten kunnen in de toekomst dan anders of intensiever worden benaderd.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0313	30-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Preventie: U komt toch ook?!
Evaluatie van de implementatie van het GMD+ in onze groepspraktijk - MAnaMa Kirsten Van Rumst

Belgisch Registratienummer: B670201420662

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 12/03/2014
  (volledig ontvangen dd. 21/03/2014) versie 1
* Antwoord onderzoekers
  ontv. 30/04/2014 via mail dr. Kirsten Van Rumst op opmerkingen EC dd. 27/03/2014
* Diverse
  - Uitnodigingsbrief vrouw + vragenlijst (versie 2, dd. 13/04/2014)
  - Uitnodigingsbrief man + vragenlijst (versie 2, dd. 13/04/2014
  - Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt (versie 2, dd. 13/04/2014)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 30/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 30/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 30/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 30/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Emma Van Keymeulen
09/332 59 25
emma.vankeymeulen@uzgent.be

./.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0313	30-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0313

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Emma Van Keymeulen
09/332 59 25
emma.vankeymeulen@uzgent.be

./.