Optimalisatie van de registratie van cervixcarcinoomscreening in het EMD aan de hand van de preventiemodule

Casier Sanne, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. A. Derese, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoud

Abstract

Dankwoord

1. INLEIDING 6
1.1 Praktijkproject 7
1.1.1 Praktijkvoorstelling 7
1.1.2 Keuze van het onderwerp 7
1.1.3 Goedkeuring commissie voor Medische Ethiek 8
2. LITERATUURONDERZOEK 8
2.1 Methodologie 8
2.1.1 Onderzoeksvragen 8
2.1.2 De gebruikte databanken 8
2.1.3 De gebruikte zoektermen 9
2.1.4 De gebruikte filters 9
2.1.5 Selectie van de artikels 9
2.2 Resultaten 9
2.2.1 Onderzoeksvraag 1 9
2.2.2 Onderzoeksvraag 2 10
2.2.3 Onderzoeksvraag 3 11
2.2.4 Onderzoeksvraag 4 12
2.2.5 Onderzoeksvraag 5 13
3 METHODOLOGIE 15
3.1 Idee (FOCUS) 15
3.1.1 F: Find a problem 15
3.1.2 O: Organise meeting 15
3.1.3 C: Clarify problem 15
3.1.4 U: Understand/Uncover 16
3.1.5 S: Start 17
3.2 Plan 18
3.2.1 Preventiemodule in het EMD 18
3.2.2 Actieplan 18
3.3 Do 21

3.4 Check 21
3.5 Act 22
4 RESULTATEN 23
4.1 Doelgroep 23
4.2 Cijfers van de metingen 23
4.2.1 Resultaten registratie 23
4.2.2 Resultaten driemaandelijks overleg 26
5. DISCUSSIE 30
5.1 Interpretatie van de resultaten 30
5.2 Vergelijking met resultaten Hanna Busschop 31
5.3 Invloed praktijkproject 34
6 CONCLUSIE 35
7 REFERENTIES 36
8 BIJLAGE 38
8.1 Bijlage 1: Verzoek tot advies van het ethisch comité 38
8.2 Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité 46
8.3 Bijlage 3: Stroomdiagram 48
8.4 Bijlage 4: Folder bevolkingsonderzoek 49
8.5 Bijlage 5: Resultatentabel 51

Abstract

Context: Het Elektrisch Medisch Dossier (EMD) is een belangrijk instrument in de huisartsenpraktijk. Het laat de huisarts toe een kwalitatief en overzichtelijk dossier bij te houden. Preventie heeft een belangrijke rol in de gezondheidszorg en behoort tot één van de taken van de huisarts. De huidige EMD software biedt de mogelijkheid om preventieve handelingen structureel te noteren in het dossier aan de hand van een preventiemodule om zo tijdig te worden herinnerd indien de screening opnieuw dient te worden uitgevoerd.

Onderzoeksvragen: Het doel van dit onderzoek is de registratie van cervixkankerscreening in het EMD te optimaliseren en te structureren aan de hand van een preventiemodule. Het onderzoek zal simultaan gebeuren in twee verschillende huisartspraktijken. Indien de screening bij een patiënt niet gebeurde in de laatste 3 jaar zullen de artsen door middel van het EMD hieraan worden herinnerd, al dan niet via een pop-up. Hiernaast zal maandelijks dan wel driemaandelijks feedback worden gegeven aan de deelnemende artsen en zal worden nagegaan wat de grootste barrières zijn bij het registreren van cervixcarcinoomscreening in het EMD. De resultaten van beide praktijken zullen worden vergeleken.

Methode: De populatie van dit onderzoek bestond uit 290 vrouwelijke patiënten tussen 45 en 65 jaar oud die een actief GMD hebben in de huisartspraktijk. Er werd aan de hand van het EMD een stroomdiagram opgesteld dat de artsen gedurende het onderzoek volgden en driemaandelijks werd nagekeken van hoeveel vrouwen uit de populatie hun preventiestatus voor cervixcarcinoomscreening werd geüpdatet in het dossier. Hiernaast werden tijdens dit driemaandelijks overleg met de artsen uit de praktijk de barrières nagegaan voor de registratie van cervixcarcinoomscreening.

Resultaten: Bij de start van het onderzoek was bij 25.5% van de vrouwen uit de populatie de preventiemodule correct ingevuld. Op het einde van de studie, na 9 maanden, was bij in totaal 191 vrouwen van de doelgroep de preventiemodule, contra-indicatie of weigering correct ingevoerd (66% van de populatie). De belangrijkste barrière die telkens terugkwam in het overleg tussen de artsen was het feit dat er te weinig tijd is voor preventie door de drukke consultatieblokken.

Conclusies: Het gebruik van een stroomdiagram, om uniform en gestructureerd te gaan registeren in het EMD, en elektronische herinneringssystemen blijken een positieve invloed te hebben op de registratie van cervixcarcinoomscreening. Ook driemaandelijkse feedback geven, bleek een goede manier te zijn om aan preventie te worden herinnerd. Uit vergelijkend onderzoek tussen de twee praktijken bleek een maandelijkse feedback en het gebruik van een actieve pop-up gelijkaardige resultaten op te leveren en dus geen meerwaarde te zijn. Tijdsgebrek blijkt de grootste barrière te zijn om screening na te vragen dus verder onderzoek om na te gaan hoe de screening efficiënter na te vragen, eventueel los van een consultatie, dringt zich op.

Dankwoord

Ik wil graag een aantal mensen bedanken voor hun hulp en begeleiding.

Mijn twee praktijkopleiders, Dr. Lily Willems en Dr. Nathalie De Pauw, voor het samen uitwerken van deze masterproef en het nalezen ervan. Ik wil hen samen met Dr. Line Vermeulen ook bedanken voor de enthousiaste medewerking aan het pilootproject. Zonder hen was deze masterproef niet mogelijk geweest.

Mijn promotor Prof. Dr. Anselme Derese voor het uitwerken van het onderwerp van de masterproef en het kritisch nalezen van deze masterproef.

Mijn mede-HAIO Hanna Busschop voor de samenwerking bij deze masterproef.

Len Vandenheede voor het kritisch nalezen van dit werk.

1. INLEIDING

Het Elektrisch Medisch Dossier (EMD) is een belangrijk instrument in de huisartsenpraktijk. Het laat de huisarts toe een kwalitatief en overzichtelijk dossier bij te houden. De overheid stimuleert het correct gebruik van een EMD, door het toekennen van een telematicapremie en een Summarized Electronic Health Record (Sumehr) premie. Preventie heeft een belangrijkere rol in de gezondheidszorg. Door het investeren in preventie kan vaak morbiditeit en zelfs mortaliteit worden voorkomen. Huisartsen zijn dankzij de vertrouwensrelatie met hun patiënten goed geplaatst om dit te bespreken (1). Uit een rondvraag bij meer dan 2000 huisartsen uit 11 verschillende Europese landen blijkt dat de meerderheid van de ondervraagde huisartsen preventie ziet als een belangrijke taak (2). De huidige EMD software biedt de mogelijkheid om preventieve handelingen structureel te noteren in het dossier aan de hand van een preventiemodule.

Het doel van dit onderzoek is de registratiegraad van cervixcarcinoomscreening in het EMD te optimaliseren en te structureren aan de hand van een preventiemodule. Momenteel wordt de screening niet of incorrect geregistreerd waardoor veel informatie verloren gaat. Door de resultaten van de uitstrijkjes correct en uniform te registreren in de preventiemodule van het EMD, kan men cervixcarcinoomscreening bij de patiënten beter opvolgen. Tijdens de consultatie worden artsen immers tijdig herinnerd aan een hernieuwing van de screening indien dit meer dan 3 jaar geleden blijkt te zijn. Door het bespreken van de cervixcarcinoomscreening worden vrouwen blijvend attent gemaakt op het belang en nut van deze screening.

De opbouw van de thesis is als volgt: eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd. In de literatuur wordt gezocht naar aanbevelingen voor correcte registratie van patiëntengegevens en mogelijke barrières bij gebruik van het EMD.

Vervolgens werd via een pilootproject in de huisartsenpraktijk onderzocht hoe het uniform gebruik van de preventiemodule de registratie van cervixcarcinoomscreening zou kunnen ondersteunen en optimaliseren.

1.1 Praktijkproject

1.1.1 Praktijkvoorstelling

De huisartsenpraktijk waar het onderzoek wordt gevoerd bestaat uit 3 voltijdse vrouwelijke huisartsen, 1 huisarts in opleiding en 2 halftijdse secretaressen. Er zijn in totaal 3 praktijkruimtes. De patiëntenpopulatie is erg gevarieerd en bevat dan ook alle verschillende leeftijden. De praktijk bevindt zich in Oost-Vlaanderen, in Nieuw Gent. Deze is gelegen in een sociale woonwijk, met een groot aandeel allochtone patiënten en patiënten uit een lagere sociale klasse. De betaling gebeurt dan ook grotendeels via derdebetalersregeling. De artsen werken voornamelijk via vrije consultatie. In de praktijk werd er met het EMD-programma 'Accrimed' gewerkt.

1.1.2 Keuze van het onderwerp

Er werd gekozen voor het onderwerp op basis van het *SMART* principe. Het onderwerp dient een *specifiek* en eenduidig doel te hebben en een *meetbare* verandering na te streven. Het dient *acceptabel* te zijn voor de patiënt en *realistisch* te zijn voor de artsen gezien de grote werkdruk in beide praktijken. We zijn gezien onze opleiding van 2 jaar waarin de Masterproef dient te worden gerealiseerd, beperkt in de *tijd* (Tabel 1).

Tabel 1: SMART principe

S pecifiek	Structureren cervixcarcinoomscreening in het EMD aan de hand van de preventiemodule
M eetbaar	Registratiegraad cervixcarcinoomscreening, contra-indicaties en weigering in de preventiemodule nagaan bij de doelgroep
A cceptabel	Het gaat om een screening die wordt aanbevolen aan deze doelgroep door de overheid
R ealistisch	Gezien de grote werkdruk, dient het om een snelle en efficiënte manier te gaan om de screening te noteren in het EMD
T ijd	De opleiding tot huisarts duurt 2 jaar, dus de studieperiode is beperkt in de tijd. De studietijd bedraagt hier 9 maanden.

Samen met de praktijkopleider werd een overleg gepland rond het onderwerp van de Masterproef. Vanuit de groepspraktijk wordt er veel belang gehecht aan het correct invullen van het EMD. Dit om een goede samenwerking tussen de artsen te garanderen en zo een optimale zorg aan de patiënt te bieden. Bij een recente update van ons EMD werd een uitgebreidere preventiemodule geïntroduceerd wat een uitstekende basis voor dit praktijk verbeterend project bleek te zijn. Er werd gekozen om te focussen op cervixcarcinoomscreening. Deze werkwijze kan in de toekomst naar de andere aspecten van preventie worden geëxtrapoleerd.

1.1.3 Goedkeuring commissie voor Medische Ethiek

Dit praktijkonderzoek werd goedgekeurd door de commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent (zie Bijlage 2). Gezien in dit werk resultaten van het overleg met de artsen uit de praktijk werden verwerkt, werd hen gevraagd een informed consent te ondertekenen (zie Bijlage 1).

2. LITERATUURONDERZOEK

2.1 Methodologie

2.1.1 Onderzoeksvragen

Via een literatuurstudie werd een antwoord gezocht op vijf onderzoeksvragen:

- Hoe wordt de huidige cervixcarcinoomscreening aangepakt in België?
- Hoe kunnen we er voor zorgen dat we als huisartsenpraktijk resultaten op een uniforme manier registreren?
- Wat zijn barrières bij het correct registreren van resultaten in de dagelijkse praktijk?
- Kan het Elektronisch Medisch Dossier het navragen van preventie vereenvoudigen?
- Wat is het nut van pop-ups in het EMD?

2.1.2 De gebruikte databanken

CEBAM, Pubmed, The cochrane library, Domus medica, databank masterproeven ICHO

2.1.3 De gebruikte zoektermen

Prevention, Electronic Health Records, Reminder systems, Implementation, Screening, Use of EHR, Preventie, preventiemodule, EMD, General practice, primary care
ICPC -code 30.0.1 Gezondheidsonderzoek preventief/A98 Preventie

2.1.4 De gebruikte filters

Engels- Nederlands, Primary Care, systematic reviews

2.1.5 Selectie van de artikels

Voor een eerste selectie van artikels werden de titels doorlopen. Wanneer deze interessant leken, werd het abstract gelezen. Een verdere selectie van de verkregen resultaten werd uitgevoerd op basis van de kwaliteit en relevantie van het abstract. Vervolgens werd gezocht naar artikels in het vakgebied van de geselecteerde artikels via het sneeuwbal effect. Bij interessante passages in het artikel werd ook naar de referenties gekeken om zo 'related articles' te vinden. Bij de selectie van de artikels werd gekeken in welk tijdschrift het artikel werd gepubliceerd en naar het type onderzoek.

Zo kwamen we tot een selectie van interessante artikels die onze onderzoeksvragen konden beantwoorden.

2.2 Resultaten

2.2.1 Onderzoeksvraag 1

Hoe wordt de huidige cervixcarcinoomscreening aangepakt in België?

In België maakt cervixcarcinoom 3,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen. Jaarlijks overlijden iets meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan baarmoederhalskanker. Door om de drie tot vijf jaar een uitstrijkje uit te voeren, eventueel gevolgd door een adequate behandeling, wordt de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van cervixcarcinoom met minstens 80% gereduceerd.

In België worden 1,1 miljoen vrouwen onvoldoende of helemaal niet gescreend. Jongere vrouwen laten vaak een tijd lang uitstrijkjes uitvoeren in kader van consultaties voor contraceptie, zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog. Na de menopauze valt deze controle weg, er worden geen nieuwe afspraken meer gemaakt bij de gynaecoloog en dus ook geen verdere uitstrijkjes uitgevoerd, terwijl de huisarts ervan uitgaat dat die nog wel ergens anders gebeuren. De meeste van die vrouwen raadplegen de huisarts wel om andere redenen. De huisarts moet dan ook van deze contacten gebruikmaken om

de screening te optimaliseren. Daarom werd voor deze Masterproef gekozen voor de leeftijdscategorie van vrouwen tussen 45 en 65 jaar. (3)

In België is de meest recente richtlijn omtrent cervixcarcinoomscreening die van Domus Medica, gevalideerd door CEBAM in 2011. Hier wordt aangeraden om een uitstrijkje te laten uitvoeren bij seksueel actieve vrouwen, die geen volledige hysterectomie lieten uitvoeren tussen de 25 en 65 jaar, om de drie tot vijf jaar. Afhankelijk van het resultaat hiervan wordt een advies gegeven voor de opvolging. Het gebruik van kattenbelletjes in het EMD wordt sinds de laatste update expliciet aanbevolen als methode om alle vrouwen tijdig een uitstrijkje aan te raden. (3)

2.2.2 Onderzoeksvraag 2

Hoe kunnen we er voor zorgen dat we als huisartsenpraktijk resultaten op een uniforme manier registreren?

Een EMD wordt omschreven als een geautomatiseerd systeem waarin artsen relevante informatie kunnen registreren zoals patiëntgegevens, medische voorgeschiedenis, allergieën, vaccinatiestatus, medicatielijsten en gegevens van consultaties. Daarnaast kan een EMD eveneens automatische alerts, afspraken en herinneringen doen verschijnen. Doel van het gebruik van een EMD is de noden van een arts bij de zorg voor zijn patiënten te ondersteunen. (4)

Eerdere studies tonen echter aan dat significante veranderingen in het EMD- gebruik nodig zijn om de arts effectief te kunnen ondersteunen. Recente studies waren ofwel niet overtuigend, ofwel met gemengde resultaten. Zo wordt in de studie van Lau et al. vastgesteld dat, gebaseerd op eerdere empirische studies, in 51% kans van de gevallen de medische praktijk werd verbeterd door het gebruik van een EMD. Daarnaast heeft het gebruik bij 30% geen invloed op de werking en bij 19% was er een negatief effect door gebruik van een EMD. (5) Holroyd- Leduc et al. beschreven dat het gebruik van een EMD voordeel biedt op vlak van legaliteit en toegankelijkheid. Een effect inzake werkprocessen (kwaliteit van de zorg, individuele efficiëntie en productiviteit) en klinische resultaten (bloeddrukcontrole, glycemiecontrole) werd nog niet aangetoond. (6) Eerder onderzoek toonde eveneens aan dat het uitblijven van positieve gezondheidseffecten door werken met een EMD ten minste gedeeltelijk kan worden verklaard door het onvoldoende gebruik van deze systemen door artsen. (7)

Recent onderzoek toont aan dat het gebruiksgemak van het EMD bepaalt in welke mate artsen gebruik maken van het systeem. Intensief gebruik van het EMD en zijn klinische functionaliteiten is significant geassocieerd met gebruikersvoordelen. (4)

Om invloed te hebben op de kwaliteit van de zorg, moet de kwaliteit van de gegevens geregistreerd in het EMD ook in orde zijn. Een Finse studie gaf aan dat slechts één op de vijf patiëntendossiers inhoudelijk als kwalitatief goed kon worden beschouwd. (8) Zo werd de aanmeldingsklacht vermeld in 79% van de gevallen, maar kon de voorgeschiedenis van de patiënt slechts in 32% van de dossiers worden teruggevonden. In de studie van Kuusela et al. werd gekeken naar zowel gecodeerde informatie als naar losse tekst. (9) Analyse van de dossiers gaf aan dat 46% van de dossiers goed waren bijgehouden. 9% van de dossiers werden aangegeven als 'slecht'.

2.2.3 Onderzoeksvraag 3

Wat zijn barrières bij het correct registreren van resultaten in de dagelijkse praktijk?

Zelfs wanneer een arts over een zeer goed uitgerust EMD-programma beschikt, zal een effect op de kwaliteit van de zorg uitblijven wanneer de arts het programma onvoldoende gebruikt. De studie van Linder et al. uit 2006 toont aan dat 24% van de huisartsen nooit of slechts zelden gebruik maakt van het EMD tijdens consultaties. (10) Volgende barrières voor gebruik van het EMD tijdens patiëntencontacten kwamen in deze studie naar voor:

- Consultatie duurde langer waardoor de artsen dreigden achter te raken op schema
- Verlies van oogcontact met de patiënten
- Te traag werken van de computers
- Zelf niet snel genoeg kunnen typen
- Het gebruik van een computer in het bijzijn van patiënten voelt aan als onbeleefd
- Liever gebruik maken van handgeschreven notities

Daarnaast haalt ook de studie van Saleem JJ et al. variaties aan in het gebruik van het EMD tijdens verschillende momenten in het zorgproces, zowel voor, tijdens als na de consultatie. De variaties in EMD- gebruik worden ondergebracht in vier categorieën: voorbereiding van patiëntencontacten (eerdere notities bekijken), documentatie (afwerking bestaande notities), impact van EMD op het patiëntencontact en impact van EMD op de coördinatie van de zorg. (11)

Zorgproces:	**Variaties en barrières in gebruik EMD:**
voorbereiding op de consultatie	- mate waarin je notities en registraties van andere artsen vertrouwt - mate waarin je vertrouwd bent met de patiënt en zijn voorgeschiedenis - tijd dat patiënt reeds zit te wachten
coördinatie van de zorg	- mate waarin vragen worden gesteld door andere artsen of paramedici over patiëntgegevens
patiëntencontact	- gedrag of mentale status patiënt - bespreken gevoelige items waarbij arts liever niet registreert tijdens het gesprek - vragen van patiënt over voorgeschiedenis waarbij je het EMD moet gebruiken
Documentatie van het patiëntencontact	- nieuwe patiënten - complexiteit probleem - onzekerheid omtrent diagnose

2.2.4. Onderzoeksvraag 4

Kan het Elektronisch Medisch Dossier het navragen van preventie vereenvoudigen?

Het EMD is een belangrijk praktijkinstrument dat toelaat te worden herinnerd aan bepaalde preventieve handelingen. Op die manier kan 'preventie op maat' worden gerealiseerd. Een preventiemodule in het EMD is een specifieke verzamelplaats waar gegevens rond cervixcarcinoomscreening, influenzavaccinatie, enz. kunnen worden ingegeven.

Een studie van Linder et al. kon geen significante verbetering in kwaliteit van zorg en preventie aantonen voor praktijken die gebruik maken van een EMD. (10) Ook Poon et al. zien geen significante relatie tussen het gebruik van een EMD en een verbetering in de kwaliteit van de gezondheidszorg. Wel zagen ze een verhoogde kwaliteit in enkele deelgebieden, zoals kankerscreening. Artsen gebruiken ook niet alle toepassingen die mogelijk zijn. (12) Mannaerts A. onderzoekt in haar Masterproef de meerwaarde van de implementatie van een preventiesjabloon in het EMD op patiëntenniveau en op praktijkniveau. Een sjabloon dat goed geïntegreerd is in het EMD, geeft de arts meer structuur en houvast tijdens de preventieconsultatie. Er is echter nood aan verdere aanpassing van de software om dit preventiesjabloon nog beter te integreren in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld door middel van een pop-up. (13)

Gezien tijdsgebrek door de meeste artsen als voornaamste barrière wordt gegeven voor het navragen van preventie, onderzochten Yarnall et al. hoeveel tijd een huisarts nodig heeft om alle preventieve diensten, aanbevolen door de US Preventive Services Task Force (USPSTF), te leveren aan hun patiënten. Hierbij werd gevonden dat het een huisarts gemiddeld 7,4 uur per werkdag zou kosten om zich louter met alle mogelijke preventieve zorgen voor zijn patiënten bezig te houden (14). Dit onderstreept de nood aan eenvoudig te gebruiken systemen, waardoor preventie in de alledaagse praktijk kan worden ingebouwd. Poon et al. geven aan dat strategieën, zoals meer training rond EMD en incentives voor praktijken die het EMD goed gebruiken, artsen zouden kunnen motiveren bij het gebruik. (12)

2.2.5 Onderzoeksvraag 5

Wat is het nut van pop-ups in het EMD?

Poon et al. geven aan dat het louter gebruiken van een EMD onvoldoende is om de kwaliteit van de gezondheidszorg te optimaliseren. Ze suggereren het gebruik van specifieke uitgebreide functies in het EMD. Herinneringssystemen voor de arts zijn hierbij een belangrijke modificatie. (12) In The American Journal of Preventive Medicine verscheen in 2000 een review over het gebruik van artsenreminder/recall systemen, eveneens in het kader van vaccinaties. Hier was er een verbetering van de immunisatiestatus met 1% tot 67% na het invoeren van deze reminders. (15)

In voorgaande Masterproeven werd bestudeerd hoe preventieve handelingen kunnen worden opgevolgd via het EMD. In mei 2011 voerde Geijsels M. een onderzoek uit omtrent pop-ups in de preventie rond pneumokokkenvaccinatie. Het onderzoek liep gedurende 3 maanden en toonde een verbetering in vaccinatiegraad van 48,1% tot 77,8 %. Dit resultaat werd echter genuanceerd door de verhoogde alertheid tijdens de kortdurende periode van het onderzoek.(16) De Jonghe E. vergelijkt in haar Masterproef de registratie van enkele preventieve acties in het EMD. Dit voor en na de invoer van persoonlijke werkplannen, waarvan de arts een elektronische herinnering krijgt. Hierbij verbeterde de notitie van de rookstatus en cervixcarcinoomscreening significant, de notitie van de tetanusvaccinatiestatus bleef ongeveer gelijk. (17)

Ook Jaspers et al. zien dat beslissingsondersteunende systemen een belangrijke rol spelen bij het uitvoeren van preventieve zorgen zoals vaccinaties, opvolging van de bloeddruk en cervixcarcinoomscreening. Artsen lijken beter te presteren wanneer deze beslissingsondersteunende systemen automatisch verschijnen als pop-up, dan wanneer ze deze zelf moeten initiëren. Dit suggereert dat deze systemen continu op de achtergrond zouden moeten werken om na te gaan of de zorg bij individuele patiënten in overeenstemming is met de geldende richtlijnen en dat ze slechts

advies moeten geven in situaties dat artsen zich niet aan deze richtlijnen houden of bij onvoorziene resultaten voor de patiënt. Ook wordt de nadruk gelegd op een eenvoudig te hanteren systeem, dat zo weinig mogelijk extra tijd vraagt van de arts tijdens het consult. (18) De richtlijn van Domus Medica over cervixcarcinoomscreening geeft sinds de laatste update ook het advies om via kattenbelletjes in het EMD de screeningsgraad te verhogen. (3)

In 2010 verscheen een Cochrane Review over het effect van computer-reminders op het gedrag van de artsen en op uitkomsten van zorg. Dit tempert toch enigszins het enthousiasme. Hierbij vonden ze kleine tot bescheiden veranderingen in het gedrag van de artsen, met een gemiddelde verbetering van 4,2%. Dit bleek in de meeste studies niet significant te zijn. Ze gaven aan dat er wel hoge verwachtingen zijn omtrent de computer-reminders maar dat de resultaten momenteel nog uitblijven. (19)

3 METHODOLOGIE

3.1 Idee (FOCUS)

Het praktijkverbeterend project bij deze masterproef werd uitgewerkt via het FOCUS-stappenplan.

3.1.1 F: Find a problem

Er werd gezocht naar een mogelijkheid om de kwaliteit van gezondheidszorg in mijn opleidingspraktijk verder te verbeteren. Het nagaan of een bepaald aspect van preventie reeds werd uitgevoerd, vraagt in onze praktijk veel tijd omdat de preventie door de verschillende artsen op andere plaatsen in het EMD wordt genoteerd. Hierdoor blijkt het vaak moeilijk uit te voeren in de dagdagelijkse praktijk gezien de drukke raadplegingen. Tijdens de consultaties valt op dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de preventiemodule in het EMD. Preventie registeren gebeurt nog niet op een georganiseerde en uniforme manier, terwijl dit net belangrijk is gezien met meerdere artsen samen wordt gewerkt in groepsverband. Er was ook een beperkte kennis over de recent vernieuwde preventiemodule in het EMD. Het gaat dus over een relevant werkpunt in onze praktijk.

3.1.2 O: Organise meeting

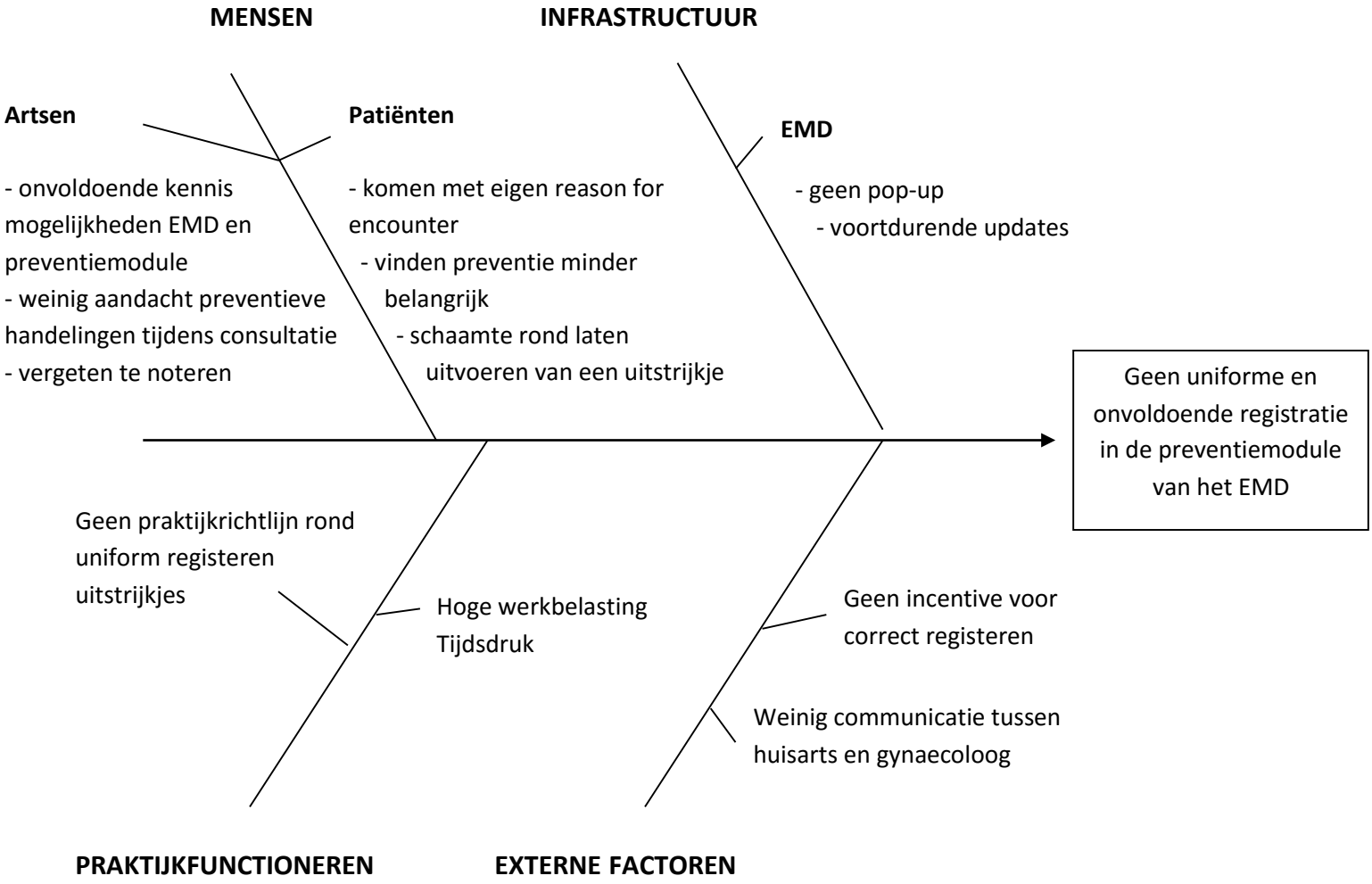
Tijdens het wekelijks overleg met de praktijkopleider werd het thema van de Masterproef besproken en uitgewerkt. Daarnaast werd ook op zoek gegaan naar een geschikte promotor, waarbij bleek dat we met twee HAIO's een gelijkaardig project voor ogen hadden. Er werd besloten in beide groepspraktijken een gelijkaardig praktijk verbeterend project uit te voeren, met elk een iets andere focus. Dit zal verder in de Masterproef worden uitgelicht.

3.1.3 C: Clarify problem

Op basis van het overleg met de praktijkopleider en de promotor werd beslist het praktijk verbeterend project toe te spitsen op een uniforme registratie van preventie in het EMD. Gezien recent de mogelijkheid bestaat vanuit Accrimed om een preventiemodule te gebruiken, was dit het ideale moment om hierrond een onderzoek uit te voeren. Er werd nagekeken hoe de preventiemodule uit het EMD een ondersteuning kan bieden voor de artsen. Er werd beslist om één bepaald aspect van preventie te behandelen. Er zal toegespitst worden op het registeren van cervixcarcinoomscreening. Dit omvat veel verschillende aspecten: er zijn een aantal contra-indicaties, patiënten kunnen de

screening ook laten uitvoeren bij de gynaecoloog, het betreft een intiem onderzoek waarvoor bij sommige patiënten en artsen een zekere schroom bestaat.

Om het probleem verder te verduidelijken, werd een visgraatanalyse opgesteld:



Figuur 1: V*isgraatanalyse*

Er zal een stroomdiagram worden ontwikkeld dat door alle artsen zal worden gevolgd zodat de registratie van de cervixcarcinoomscreening op een uniforme manier zal gebeuren.

3.1.4 U: Understand/Uncover

Bij het begin van de studie werd nagegaan bij hoeveel vrouwen uit de doelgroep de cervixcarcinoomscreening correct werd genoteerd in de preventiemodule. Bij 62 patiënten werd de laatste drie jaar een uitstrijkje uitgevoerd en correct genoteerd en bij 12 vrouwen werd een contra-

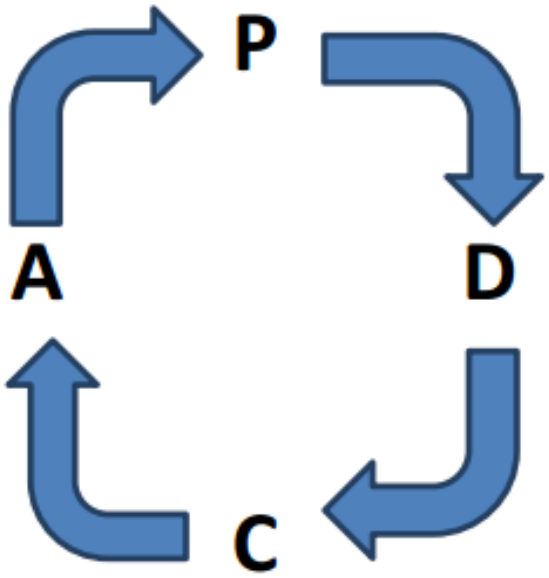
indicatie gecodeerd. Bij aanvang van de studie werd dus in totaal bij 74 van de 290 patiënten (25,5%) de cervixcarcinoomscreening op een correcte manier geregistreerd in het EMD.

3.1.5 S: Start

Na de literatuurstudie werd via een PDCA- cyclus gekeken hoe de verandering in de praktijk het beste kan worden georganiseerd. Hierbij zal als eerste het project worden toegelicht aan de collega's van de praktijk en zal een driemaandelijkse evaluatiemoment worden vastgelegd (**Plan**). Tussen april en december 2015 zal deze procedure worden gevolgd door alle collega's van de praktijk (**Do**). Er zal een driemaandelijkse evaluatie worden gepland (**Check**). Hierna worden de eindresultaten geanalyseerd en wordt gekeken hoe we de screeningsgraad in de toekomst nog verder kunnen optimaliseren. Er wordt nagegaan of we deze werkwijze kunnen extrapoleren naar andere aspecten van preventie. Er zal ook worden vergeleken met het onderzoek van Hanna Busschop dat simultaan met dit onderzoek zal worden uitgevoerd. (**Act**).

- Uitleg aan de collega's van de procedure aan de hand van het stroomdiagram
- Vastleggen van driemaandelijkse evaluatiemomenten

- Analyseren van de resultaten
- Vergelijken met simultaan onderzoek van Hanna Busschop
- Voorstellen naar de toekomst toe hoe de screeningsgraad te verhogen
- Extrapoleren van deze studie naar andere aspecten van preventie



Uitvoeren van de procedure zoals beschreven in het stroomdiagram

Voorbereiding 3maandelijks overleg;

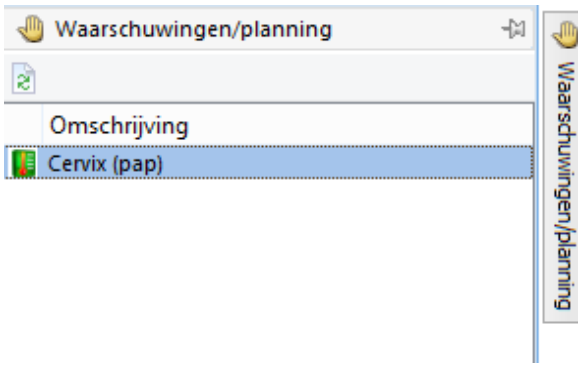
→ Dataverzameling en analyse
→ Resultaten uit statistiek EMD halen
→ Evalueren barrières aangegeven door collega's
→ Evaluatie van succesfactoren

Figuur 2: PDCA-cyclus

3.2 Plan

3.2.1 Preventiemodule in het EMD

Bij één van de laatste updates van het EMD Accrimed werd de preventiemodule geoptimaliseerd. Hierdoor is het mogelijk om een preventiedossier, automatisch opgesteld door het EMD op basis van bepaalde gegevens van de patiënt, bij te houden. Wanneer een patiënt in aanmerking komt voor deelname aan de screening en deze nog niet werd uitgevoerd, verschijnt dit op ons beginscherm van het dossier bij de planning. (Figuur 3)



Figuur 3: 'Waarschuwingen/planning' in het EMD Accrimed

3.2.2 Actieplan

3.2.2.1 Selectie van de onderzoekspopulatie

Als onderzoekspopulatie werd gekozen voor vrouwen tussen 45 en 65 jaar, gezien uit de literatuur bleek dat dit een onder gescreende populatie is. Daarnaast werden enkel patiënten met een actief GMD in 2014 geselecteerd, gezien dit patiënten zijn die regelmatig op consultatie komen en de groepspraktijk als vaste huisarts zien. Patiënten die slechts sporadisch de praktijk raadplegen, vb. studenten of als hun vaste arts in verlof is, worden hierdoor uitgesloten. Om de patiëntenpopulatie te selecteren, werd op 31/12/2014 een analyse gedaan van de databank in Accrimed. Zo kon de populatie worden bepaald die bestaat uit 290 patiënten.

3.2.2.2 Invoer van gegevens in preventiemodule van het EMD

Vervolgens werd een stroomdiagram opgesteld om de registratie van cervixcarcinoomscreening op een uniforme manier te doen verlopen (Bijlage 2). Het stroomdiagram voorziet drie verschillende opties bij navragen van deelname aan de cervixcarcinoomscreening:

Optie 1: Er werd een uitstrijkje afgenomen in de laatste drie jaar en dit resultaat werd reeds *correct geregistreer*d in de preventiemodule. In dit geval verschijnt bij het beginscherm van het EMD géén 'cervix (pap) screening' bij waarschuwing en planning.

Optie 2: De patiënt geeft aan dat er een uitstrijkje werd afgenomen de laatste drie jaar, maar het resultaat werd nog niet correct geregistreerd in het EMD. In dit geval verschijnt bij het beginscherm van het EMD wél een waarschuwing. Hierbij zijn er twee verschillende mogelijkheden:

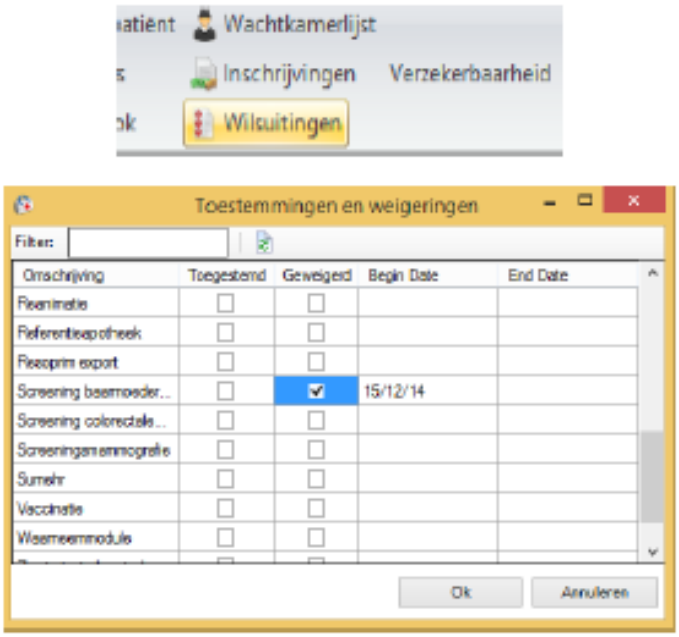
- het uitstrijkje werd afgenomen in de *huisartsenpraktijk*, het resultaat kan worden teruggevonden bij 'documenten'. Deze datum van afname dient te worden ingegeven in de preventiemodule door de arts die op dat moment de screening nakijkt.

- het uitstrijkje werd afgenomen bij de *gynaecoloog*. Hierbij zijn er opnieuw twee mogelijkheden
  * ofwel werd het *resultaat* elektronisch *doorgestuurd* door de gynaecoloog en kan dit worden teruggevonden bij 'documenten'. Deze datum van afname dient te worden ingegeven in de preventiemodule door de arts die op dat moment de screening nakijkt.
  * ofwel werd het *resultaat niet meegedeeld* aan de huisarts. In dat geval noteert de arts die op dat moment de screening nakijkt de naam van de patiënt, de uitvoerende arts en de vermoedelijke datum van het uitstrijkje. Deze resultaten zullen dan worden opgevraagd door de onderzoeker en in de preventiemodule genoteerd.

Optie 3: Er is geen uitstrijkje afgenomen de laatste drie jaar. In dit geval zijn er drie mogelijkheden

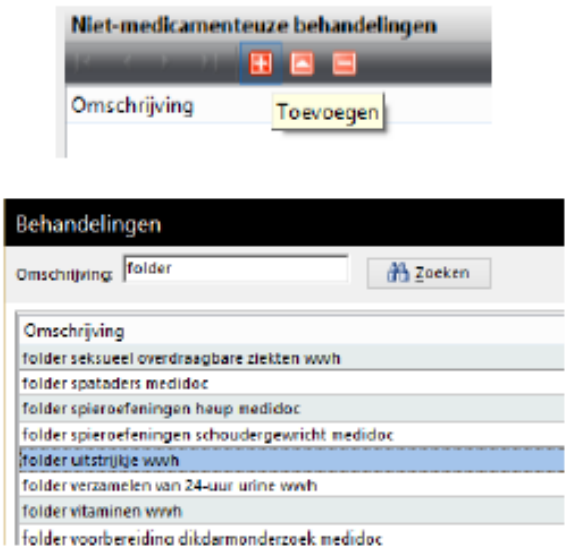
- er is een *contra- indicatie* voor afname van een uitstrijkje. De contra-indicatie wordt gecodeerd bij voorgeschiedenis en automatisch zal dit worden gelinkt met de preventiemodule waardoor de waarschuwing niet meer op het scherm zal verschijnen.

- patiënte *weigert* deelname aan de cervixcarcinoomscreening. Dan wordt er bij 'wilsuitingen' aangevinkt dat de patiënt een cervixuitstrijkje weigert. Automatisch zal dit worden gelinkt met de preventiemodule waardoor de waarschuwing niet meer op het scherm zal verschijnen. (Figuur 4)



Figuur 4: 'wilsuitingen' noteren in het EMD Accrimed

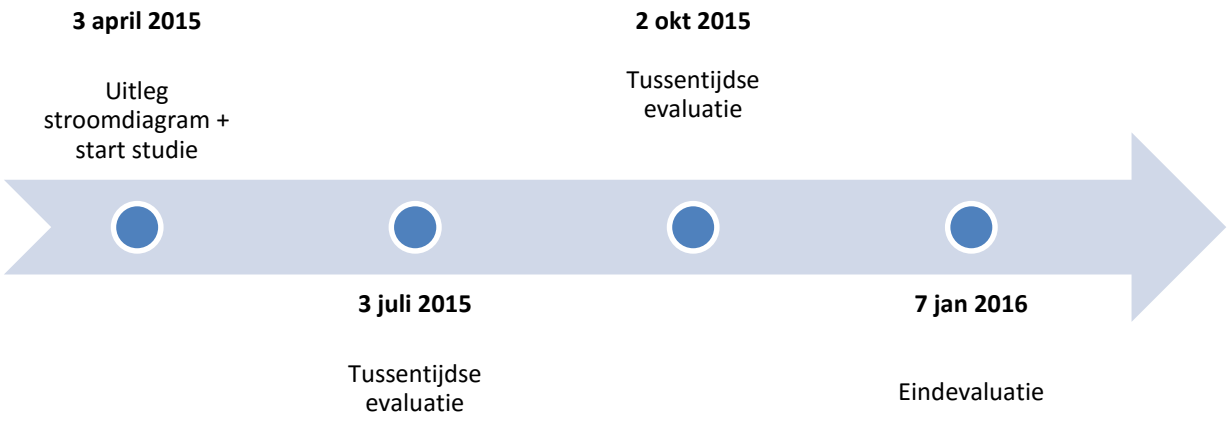
- indien er geen contra-indicaties of weigering was, werd een *folder* van de overheid meegegeven rond cervixcarcinoomscreening (zie bijlage 3). Dit werd in het consult gecodeerd onder 'behandelingen' met als code 'folder uitstrijkje wwvh'. (Figuur 5)



Figuur 5: 'folder uitstrijkje' noteren in het EMD Accrimed

3.3 Do

De registratie is gestart op 3 april 2015. Die dag gebeurde een eerste overleg met de artsen uit de praktijk, waarbij het stroomdiagram en het verloop van de studie werden besproken. De komende negen maanden werden iedere 3 maanden de tussentijdse resultaten van de registratie van de cervixcarcinoomscreening uit de statistiek van Accrimed gehaald. De eerstvolgende vrijdag werd telkens een vergadermoment vastgelegd met alle artsen uit de praktijk. De studie eindigde op 7 januari 2016. Er werd bewust gekozen voor een langdurige opvolging om op die manier tot een realistisch resultaat te komen. De meeste masterproeven rond dit onderwerp in het verleden hebben slechts een korte studieperiode, waardoor telkens werd aangegeven dat de goede resultaten moesten worden genuanceerd door een verhoogde alertheid tijdens de onderzoeksperiode. Door de langere onderzoeksperiode werd getracht deze factor te minimaliseren (Figuur 6).



Figuur 6: Tijdslijn onderzoekperiode

3.4 Check

De tussentijdse resultaten werden tijdens deze meeting meegedeeld. Hiernaast werd nagevraagd wat de barrières waren voor het navragen en correct registeren van cervixcarcinoomscreening de afgelopen 3 maand. Op zich zorgde het overleg er ook voor dat de artsen opnieuw werden herinnerd aan het onderzoek. Tijdens een driemaandelijkse evaluatie zal het verloop van de registratie worden geëvalueerd en eventueel bijgestuurd. Tijdens dit kwalitatief onderzoek zal voornamelijk gekeken worden wat de artsen uit de praktijk als barrières ervaren bij het registreren van de resultaten van cervixcarcinoomscreening.

3.5 Act

Na het aflopen van de studie zal tijdens het overleg met de praktijk de nadruk worden gelegd op ideeën over hoe de registratiegraad van cervixcarcinoomscreening in de toekomst te verbeteren. De studieresultaten zullen tijdens de discussie worden vergeleken met die van het onderzoek lopende in de huisartsenpraktijk van Hanna Busschop. Daar werd tijdens dezelfde periode een gelijkaardig onderzoek uitgevoerd rond uniforme registratie van cervixcarcinoomscreening in het EMD. De belangrijkste verschillen zijn terug te vinden in de onderstaande tabel.

Tabel 2: Verschillen tussen dit onderzoek en het onderzoek van Hanna Busschop

	Masterproef Sanne Casier	**Masterproef Hanna Busschop**
Artsenpopulatie	4 vrouwelijke artsen	2 vrouwelijke en 3 mannelijke artsen
Patiëntenpopulatie	Groot aandeel allochtone populatie en lagere sociale klasse	Middenklasse
Doelgroep	290 vrouwen	366 vrouwen
Betaling	Voornamelijk via derdebetalersregeling	Minderheid derdebetalersregeling
Ligging praktijk	Stedelijk	Landelijk
Raadplegingen	Voornamelijk vrije consultatie	Enkel op afspraak
EMD	Careconnect	Medidoc
Preventiemodule	Continu op beginscherm	Via Pop-Up
Evaluatie	Elke 3 maand	Elke maand
Folder overheid	Uitgedeeld	Niet uitgedeeld

4 RESULTATEN

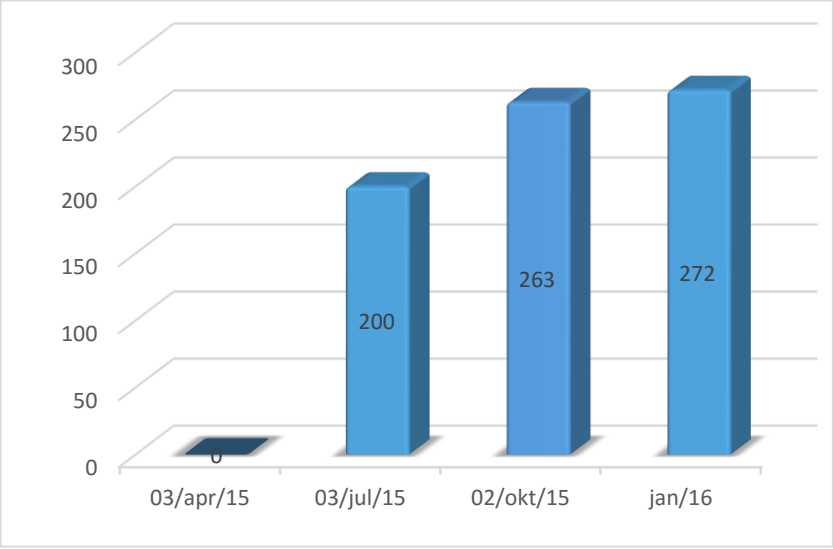
4.1 Doelgroep

Op 31/12/2014 werd de patiëntenpopulatie voor deze studie bepaald. Er werd gekozen om enkel vrouwen geboren tussen 1/1/1950 en 31/12/1969 te includeren. Uit deze groep werden de patiënten met een actief GMD in 2014 weerhouden. De uiteindelijke populatie bestond uit 290 vrouwen. Bij 62 patiënten hiervan was er reeds een cervixcarcinoomscreening gebeurd in de afgelopen 3 jaar en werd dit ook correct genoteerd in de preventiemodule. Hiernaast was reeds bij 12 vrouwen een contra-indicatie genoteerd in het EMD. Bij aanvang was dus al bij 25.5% van de vrouwen uit de doelgroep de preventiemodule op een correcte manier ingevuld.

4.2 Cijfers van de metingen

4.2.1 Resultaten registratie

Er werden in totaal 4 momenten van data-analyse en evaluatie gepland, dit om de drie maanden. De studie startte 3 april 2015 en liep af op 7 januari 2016. Drie maanden na de start van de studie waren al 69 % van de vrouwen van de doelgroep op consultatie gekomen. Na 6 maanden bedroeg dit 91% van de doelgroep en op het einde van de studie, in januari 2016, waren 94 % van de vrouwen op raadpleging langsgekomen. Op 9 maand kwamen dus op 18 patiënten na alle vrouwen uit de doelgroep langs op consultatie. (Figuur 7)

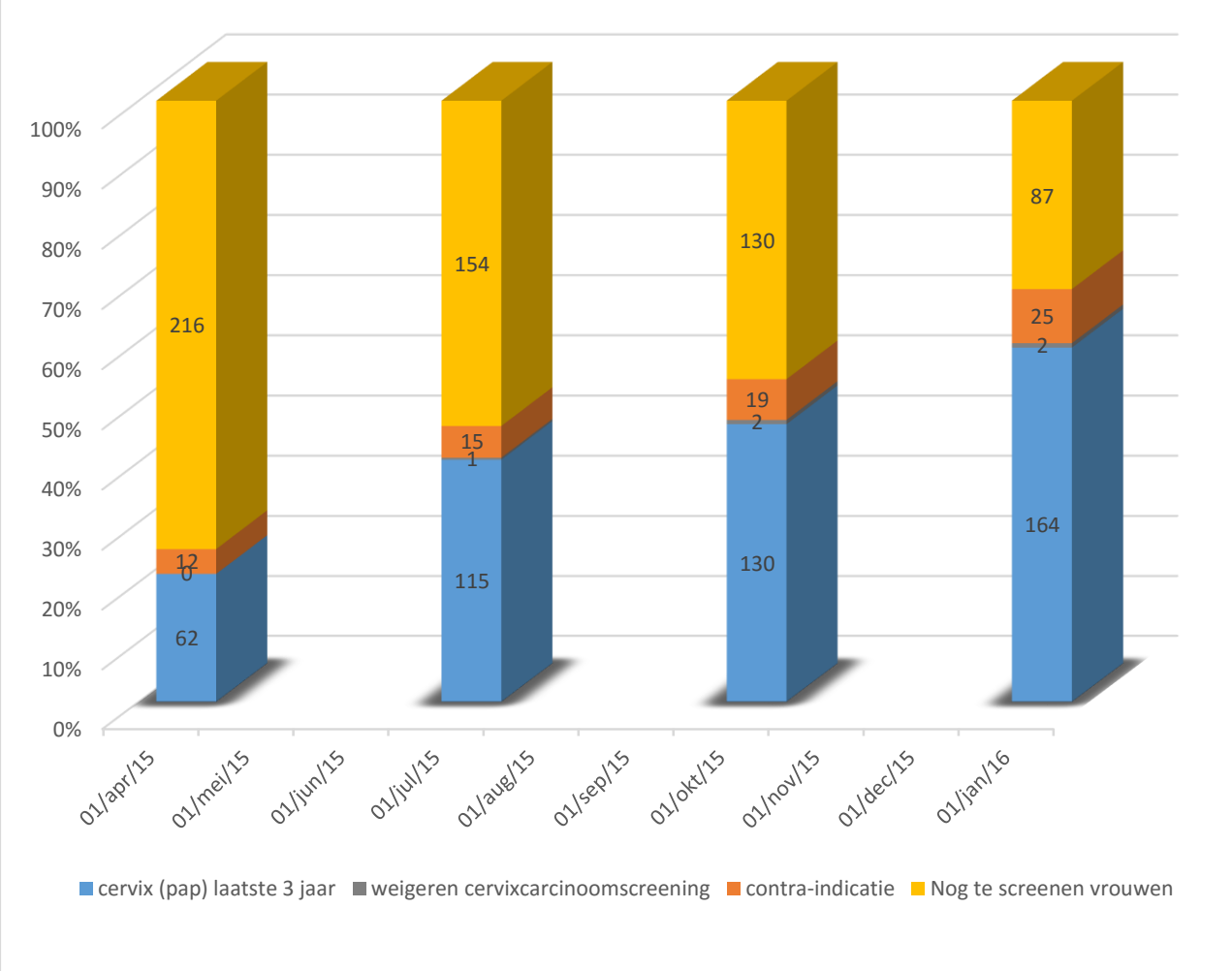


Figuur 7; Driemaandelijkse registratie van de patiënten uit de onderzoekspopulatie die op consultatie kwamen gedurende de studieperiode

Bij de start van de studie was al bij 62 vrouwen (21%) een uitstrijkje uitgevoerd in de laatste drie jaar en werd dit correct genoteerd in de preventiemodule. Na 3 maanden onderzoek bleek bij 115 vrouwen (40%) een uitstrijkje uitgevoerd de laatste drie jaar en werd dit correct ingegeven. Na 6 maanden was dit het geval bij 130 vrouwen (45%) en op het einde van de studie na 9 maanden was dit het geval bij 164 patiënten uit de doelgroep (56.5%).

Een contra-indicatie (onder andere hysterectomie of zwangerschap) werd nagevraagd. Bij de start was dit bij 12 vrouwen (4%) ingegeven, na 3 maand 15 vrouwen (5%). Na 6 maand werd bij 19 vrouwen (6.5%) de contra-indicatie genoteerd en bij het afsluiten van het onderzoek waren dit 25 vrouwen (9%) van de doelgroep.

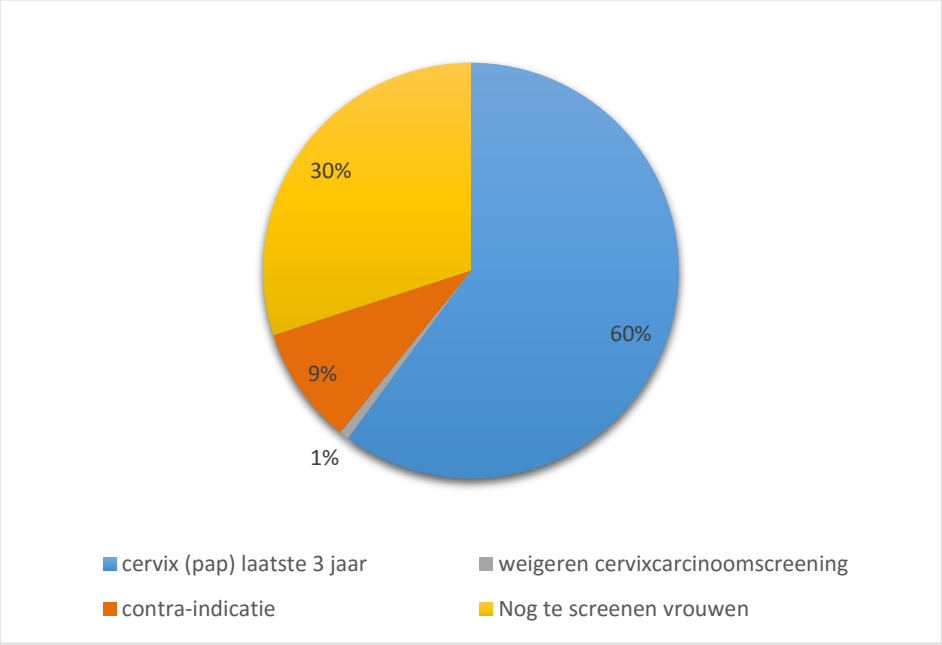
Eén patiënte weigerde tijdens de eerste drie maanden en tussen maand 3 en maand 6 was er nog een vrouw die een uitstrijkje weigerde. Er waren dus in totaal 2 vrouwen (1%) die geen cervixcarcinoomscreening wensten te laten uitvoeren.



Figuur 8: Driemaandelijkse procentuele evolutie van de registratie van baarmoederhalskankerscreening gedurende de studieperiode bij de patiënten uit de doelgroep

Bij de start van het onderzoek was dus bij 25.5% van de vrouwen van de doelgroep de preventiemodule correct ingevuld. Na drie maanden onderzoek was bij 45% (131/290) van de doelgroep een correcte registratie gebeurd. Na 6 maanden onderzoek liep dit op tot 52% (151/290) en op het einde van de studie na 9 maanden was bij in totaal 191 vrouwen van de doelgroep de preventiemodule, contra-indicatie of weigering correct ingevoerd wat een totaal is van 66% van de doelgroep. Bij 34% van de vrouwen (99 vrouwen) uit de doelgroep werd tijdens de studie het cervixuitstrijkje niet besproken. 18 vrouwen hiervan kwamen niet op consultatie tijdens de studieperiode en hierbij kon het stroomdiagram dus niet worden toegepast. Zo komen we tot een totaal van 70% van de vrouwen die op raadpleging kwamen waarbij het uitstrijkje werd besproken of de contra-indicatie werd aangevuld in het EMD.

Patiënten die de laatste drie jaar geen uitstrijkje lieten uitvoeren, geen contra-indicatie hadden en niet weigerden, kregen de patiëntenfolder 'baarmoederhalskankerscreening' van de overheid mee. Dit gebeurde na 3 maand bij 5 vrouwen (2%) , na 6 maand bij 8 patiënten (3%) en na 9 maand bij 12 vrouwen (4%) uit de doelgroep. Van de vrouwen die een folder meekregen in de loop van de studie zagen we op het einde dat ze allemaal een uitstrijkje hadden laten uitvoeren (100%); 60 % hiervan in de huisartspraktijk zelf (7 vrouwen) en 40% hiervan bij hun gynaecoloog (5 vrouwen).



Figuur 9: Finale resultaten van de registratie van deelname aan cervixcarcinoomscreening bij de 272 patiënten uit de patiëntenpopulatie die op consultatie kwamen tijdens de studieperiode

In het cirkeldiagram (figuur 9) hierboven zien we de eindresultaten van de patiënten die op raadpleging kwamen tijdens de studie. Bij 60% van de vrouwen uit de doelgroep die op raadpleging kwamen werd de laatste drie jaar een uitstrijkje uitgevoerd en correct genoteerd in de preventiemodule. Bij 9% van de vrouwen was er een contra-indicatie die ook werd genoteerd en gecodeerd in het EMD. 1% van de vrouwen uit de doelgroep weigerde cervixcarcinoomscreening. Bij 4% werd een folder over baarmoederhalsscreening meegegeven, die ook allen voor de afloop van de studie een uitstrijkje lieten uitvoeren. In totaal werd dus bij 70 % van de patiënten uit de doelgroep die op raadpleging kwamen tijdens de studie het uitstrijkje besproken en correct genoteerd volgens het stroomdiagram. Bij in totaal 30% van de vrouwen die op raadpleging kwamen werd cervixcarcinoomscreening niet nagevraagd.

4.2.2 Resultaten driemaandelijks overleg

Elke 3 maand werd met de collega's van de praktijk een overleg georganiseerd. Op voorhand werden de data geanalyseerd uit het EMD en tijdens de praktijkvergadering werden de tussentijdse resultaten meegedeeld. Vervolgens werden de barrières voor het bespreken van de screening nagegaan en werd ook de positieve invloed van het gebruik van het stroomdiagram nagegaan.

4.2.2.1 Barrières

De eerste en belangrijkste barrière die telkens terugkwam in het overleg was het feit dat er te weinig tijd is voor preventie door de drukke consultatieblokken. Bij ons in de praktijk wordt vooral via vrije consultatie gewerkt dus als de wachtzaal 'overloopt', wordt enkel het acuut probleem nagekeken en verdwijnt preventie naar de achtergrond. Werken op afspraak zou hierbij een stuk kunnen helpen, al nuanceerden de artsen dit doordat er steeds de tijdsdruk is van de volgende afspraak die zit te wachten. Veel telefoons tijdens de consultatie zorgen voor extra tijdverlies. Het secretariaat vangt dit deels op. Tijdens verlofperiodes en zwangerschapsverlof van de collega's was het drukker in de praktijk waardoor ook in die weken minder tijd werd besteed aan preventie. Cervixcarcinoomscreening is ook slechts één aspect van de preventie, bij patiënten met een bepaald risicoprofiel dient ook aandacht te worden gegeven aan andere zaken zoals borstkankerscreening en fractuurpreventie. Tijd om dit allemaal te bespreken in één consultatie is er niet.

Hiernaast wordt er door de overheid en het RIZIV meer en meer nadruk gelegd op het correct coderen in het EMD en het aanmaken van een Summarized Electronic Health Record (Sumehr) wat ook veel tijd

vraagt tijdens de consultatie. Hierdoor hadden alle collega's van de groepspraktijk het gevoel dat ze soms meer bezig waren met de computer en het EMD dan met de patiënten zelf. Ook gaven patiënten hier soms opmerkingen over.

De uitstrijkjes werden het meest nagevraagd bij de jongere (in deze studie geëxcludeerde) populatie gezien zij vaker voor anticonceptie/gynaecologische problematiek op consult komen. Bij vrouwen tussen 45-65 jaar ligt het minder voor de hand om het over cervixcarcinoomscreening te hebben gezien de consultaties vaak niet gynaecologisch gerelateerd zijn.

De artsen hadden niet het gevoel dat schaamte voor het onderwerp of het intieme onderzoek een grote rol speelt. Dit zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat er enkel vrouwelijke huisartsen in de praktijk werkzaam zijn. Patiënten van mannelijke collega's uit de buurt komen soms bij ons op consultatie voor hun gynaecologische problemen.

De preventiemodule op het beginscherm is volgens alle artsen een goeie herinnering, maar na een tijdje wordt men eraan gewoon en wordt hier minder op gelet. Een pop-up lijkt de collega's dan ook geen slecht idee. Al gaf één van de artsen de opmerking dat indien dit in het begin van het consult verschijnt, dit waarschijnlijk vaak zal worden weggeklikt omdat preventie iets is wat meestal op het einde van het consult wordt aangehaald.

Bij patiënten die een gynaecoloog raadplegen voor jaarlijkse controle en cervixcarcinoomscreening waren de artsen over het algemeen minder gemotiveerd om de preventiemodule in te vullen. De slechte communicatie met sommige gynaecologen speelt hierin een rol, het resultaat wordt immers vaak niet automatisch doorgestuurd naar de huisarts. Vaak weten patiënten niet of er een uitstrijkje werd afgenomen tijdens de jaarlijkse controle bij de gynaecoloog. Al de resultaten opvragen, vraagt dan opnieuw veel tijd. Tijdens dit onderzoek werden deze resultaten opgevraagd door de onderzoeker zelf wat dan weer haalbaarder was voor de deelnemende artsen. Dit zou kunnen worden uitbesteed aan het secretariaat, maar gezien zij al overbelast zijn, lijkt dit momenteel geen haalbare oplossing.

Gezien de ligging van de huisartsenpraktijk in de sociale woonwijk Nieuw Gent, werken wij voor een groot deel met allochtone patiënten. Over het algemeen vinden de artsen het moeilijker tot deze doelgroep door te dringen. Daarenboven is er met de oudere populatie, die ook de doelgroep is van deze studie, vaak ook nog een taalbarrière. Folders in andere talen zijn hiervoor erg nuttig. Een animatiefilmpje met uitleg over cervixcarcinoomscreening van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) via www.thuisarts.nl wordt soms gebruikt tijdens de consultatie gezien dit in meerdere talen voor handen is. Maar opnieuw is de grootste barrière om dit te tonen tijdens de consultatie de tijdsinvestering die dit vergt.

De motivatie tot screening en preventie hangt volgens de artsen af van de sociale klasse. Zo is de autochtone lagere sociale klasse moeilijk te motiveren tot preventie. Vaak hebben zij meerdere acute gezondheidsproblemen waardoor er minder tijd is tijdens de consultatie om aandacht aan preventie te besteden. Volgens de artsen speelt de opleidingsgraad ook een rol in het kunnen begrijpen van het nut van preventie.

Over de invloed van derdebetalersregeling zijn de meningen verdeeld. Volgens sommige artsen zou dit een positieve invloed kunnen hebben, gezien er een minder grote som dient te worden betaald. Anderzijds blijft de moeilijk te bereiken patiëntenpopulatie deze waarbij we reeds derdebetalersregeling toepassen dus kan de verklaring daar niet gezocht worden.

4.2.2.2 Positieve punten

Het werd als positief ervaren dat er een duidelijke manier van registreren werd vooropgesteld. Het stroomdiagram kon vlot worden gevolgd, waardoor minder tijd werd verloren tijdens de consultatie. Op die manier werd ook uniform geregistreerd wat dubbel werk tegenging.

Het driemaandelijks overleg werd ook als positief ervaren. Enerzijds was het goed als herinnering aan het onderzoek en cervixcarcinoomscreening in het algemeen. Anderzijds werkte het motiverend om te zien dat er telkens meer werd geregistreerd. Zo kwamen we ook tot het idee dat de overheid huisartsen meer zou kunnen motiveren tot preventie door jaarlijks een soort ‘preventieprofiel’ op te sturen, te vergelijken met de antibioticaprofielen. Zo krijgen ze directe feedback en worden ze gestimuleerd om het beter te gaan doen. Een vergoeding geven bij goede resultaten, zoals de financiële tegemoetkoming bij het maken van Sumehrs, zou een extra stimulans kunnen zijn.

Het werd als positief ervaren dat alle patiënten die een folder meekregen rond baarmoederhalsscreening ook effectief een uitstrijkje lieten uitvoeren, bij ons of bij de gynaecoloog. De meeste patiënten reageerden ook positief op het aanspreken op preventie. Ze hadden het gevoel dat hun dossier goed werd bijgehouden en opgevolgd wat hen een goed gevoel gaf. Subjectief voelden de artsen aan dat dit vooral voorkwam bij patiënten met een hoger opleidingsniveau.

Er werd nagedacht over hoe we de preventie kunnen optimaliseren door bijvoorbeeld folders in de wachtzaal te leggen. Een opmerking van een arts hierbij is dat het opnieuw vooral de ‘worried well’ zijn die je hiermee bereikt, en niet de onder gescreende doelgroep.

Een uitnodigingsbrief opstellen en versturen naar de patiënten die een screening dienen te laten uitvoeren volgens de preventiemodule is ook een optie, maar gezien het secretariaat reeds overbelast

is, lijkt dit op dit moment niet haalbaar. Een praktijkassistente, en meer financiering hiervoor vanuit de overheid, zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. Momenteel zijn er reeds uitnodigingsbrieven van de overheid maar hier werd tijdens het onderzoek heel weinig van gemerkt.

Een andere idee dat tijdens het laatste overleg ter sprake kwam, was om met de wachttijden tijdens de vrije consultatie iets te doen. We hebben een tv-scherm in de wachtzaal hangen waar informatie over de praktijk verschijnt. Deze info varieert van informatie over Sumehrs, griepvaccinatie, antibioticagebruik,… Cervixcarcinoomscreening kwam hier nog niet aan bod, wat we wel plannen te doen in de toekomst.

Tijdens ons wekelijks overleg op vrijdag met de artsen van de praktijk wordt sinds het onderzoek vaker besproken hoe we uniform informatie kunnen registeren in het EMD, los van de preventiemodule.

5. DISCUSSIE

5.1 Interpretatie van de resultaten

Het doel van de studie was om een grotere registratiegraad te bereiken van cervixcarcinoomscreening in het EMD. In het begin van de studie werd bij 21% een cervixcarcinoomscreening in de laatste drie jaar ingegeven in de preventiemodule en op het einde van het studie was dit zo bij 56,5% van de vrouwen. Daarnaast werden ook contra-indicaties en weigeringen genoteerd. In het begin van de studie was bij 25,5% van de vrouwen uit de doelgroep de preventiemodule correct aangevuld en op het einde van de studie was er een duidelijke stijging tot 66%. We kunnen dus een verbetering in de registratie vaststellen. De registratie had een grootste stijging in het begin van de studie (van 25.5 % tot 45%). In het begin van de studie waren de deelnemende artsen het meest gemotiveerd maar dit verzwakte na de loop van enkele weken. We zien dan ook dat tijdens de zomerperiode de registratie slechts met 7% steeg (tot 52%). Dit kan deels worden verklaard doordat tijdens de zomerperiode een collega 3 maanden afwezig was wegens zwangerschapsverlof waardoor de werkdruk voor de collega's hoger lag. Na oktober was er opnieuw een toegenomen stijging van 13%.

Wel stellen we vast dat op 6% na alle patiënten op consultatie kwamen tijdens de studieperiode dus dat er wel kansen 'blijven liggen' zijn. Bij een klein aantal patiënten werd een folder meegegeven maar we zagen wel een respons van 100% op deze folders. Dit werkte erg motiverend naar de artsen toe om dit in de toekomst vaker te doen.

Tijdens het driemaandelijks overleg met de 4 collega's uit de groepspraktijk werden de resultaten besproken. Dit werd telkens als een goede motivatie gezien om opnieuw meer te gaan registeren. Ook de positieve feedback, gezien de registratiegraad telkens in stijgende lijn ging, gaf de artsen extra motivatie.

Tijdsgebrek bleek de voornaamste reden om screening niet na te vragen. De patiënten waarbij het bespreken van cervixcarcinoomscreening niet gebeurde, waren vooral de allochtone patiënten en de patiënten van een lagere sociale klasse. Verschillende redenen werden hiervoor bedacht. Enerzijds is er de barrière van de artsen om het na te vragen gezien de uitleg vaak meer tijd vraagt, ondermeer omwille van de taalbarrière en anderzijds omdat ze vaak al met meerdere RFE (reasons for encounter) komen tijdens de consultatie.

Een (meertalige) folder meegeven zou een oplossing voor de taalbarrière kunnen bieden maar toch merkten de artsen dat patiënten hier ook vragen bij stelden en men zo opnieuw veel tijd moest spenderen.

Tijdens het driemaandelijks overleg werd over het algemeen het stroomdiagram rond de preventiemodule van cervixcarcinoomscreening als een positieve stimulans gezien om de preventie na te vragen. Enerzijds werden de artsen eraan herinnerd bij elke consultatie, anderzijds was het een tijdsefficiënte manier om de preventie te noteren.

5.2 Vergelijking met resultaten Hanna Busschop

Tijdens dezelfde onderzoeksperiode werd een gelijkaardig onderzoek uitgevoerd in de huisartsenpraktijk van Hanna Busschop met enkele belangrijke verschillen zoals hierboven reeds aangegeven in een vergelijkende tabel.

In onze praktijk startten we reeds met een totale registratie in de preventiemodule van 25,5% van de patiënten uit de doelgroep, in de studie van Hanna Busschop zijn ze gestart met een registratie van slechts 9,5%.

In beide grafieken zien we over het verloop van de studieperiode een stijging in het noteren van gegevens in de preventiemodule. Bij beide onderzoeken is de stijging het grootst in de eerste 3 maanden van het onderzoek. Erna zien we een afvlakking van het aantal uitstrijkjes die werden genoteerd.

We zien dat op het einde van de studie van Hanna Busschop bij 52% een cervixcarcinoomscreening werd uitgevoerd de laatste 3 jaar, in vergelijking met 56,5% van de patiënten in eigen onderzoek. Bij 16% werd de screening of het opvragen van de resultaten besproken maar de patiënten kwamen tijdens de studieperiode (nog) niet langs voor de screening in de huisartsenpraktijk of de screening gebeurde bij de gynaecoloog en dit resultaat werd nog niet meegedeeld. In het eigen onderzoek werden alle resultaten door de onderzoeker opgevraagd.

Er werd in de studie van Hanna Busschop geen folder meegegeven over baarmoederhalsscreening, wat wel een hulp zou kunnen zijn gezien wij een respons hadden van 100% bij de vrouwen aan wie we een folder hadden meegegeven.

Contra-indicaties waren in onze studie bij 9% van de patiënten gecodeerd in tegenstelling tot 2% bij Hanna Busschop. Geen patiënten weigerden een uitstrijkje. (Figuur 11). Het aantal patiënten waar niks werd besproken bedraagt in beide praktijken ongeveer 30% bij de eindmetingen.

Over het algemeen zien we dus een iets grotere stijging in registratie van cervixcarcinoomscreening in de huisartsenpraktijk van Hanna Busschop. Zij gaan van 9,5 % naar 55% terwijl wij van 25,5 % naar 66 % stijgen. Een verschil van 5%.

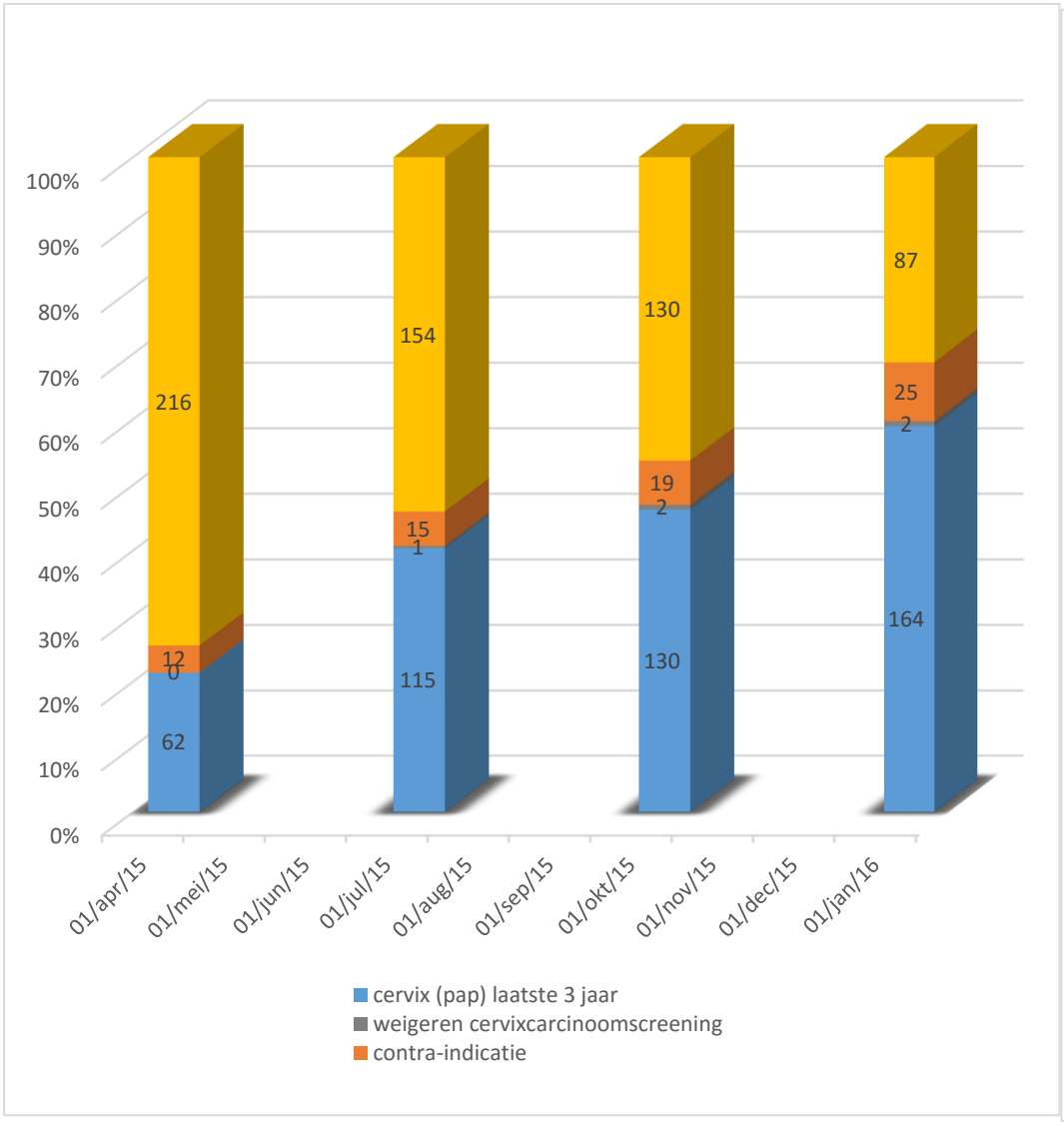
In onze praktijk werd bij meer vrouwen een cervixcarcinoomscreening uitgevoerd in de laatste 3 jaar (56,5 % versus 52%) maar dit kan een deel worden genuanceerd omdat we met een hoger percentage gestart zijn. Het feit dat wij met enkel vrouwelijke artsen werken in tegenstelling tot een meerderheid van mannelijke artsen zou een rol kunnen spelen in een hogere screeningsgraad. Mogelijks ook laten meer patiënten hun uitstrijkje uitvoeren bij de gynaecoloog en werden de resultaten hiervan niet meegedeeld aan de huisarts.

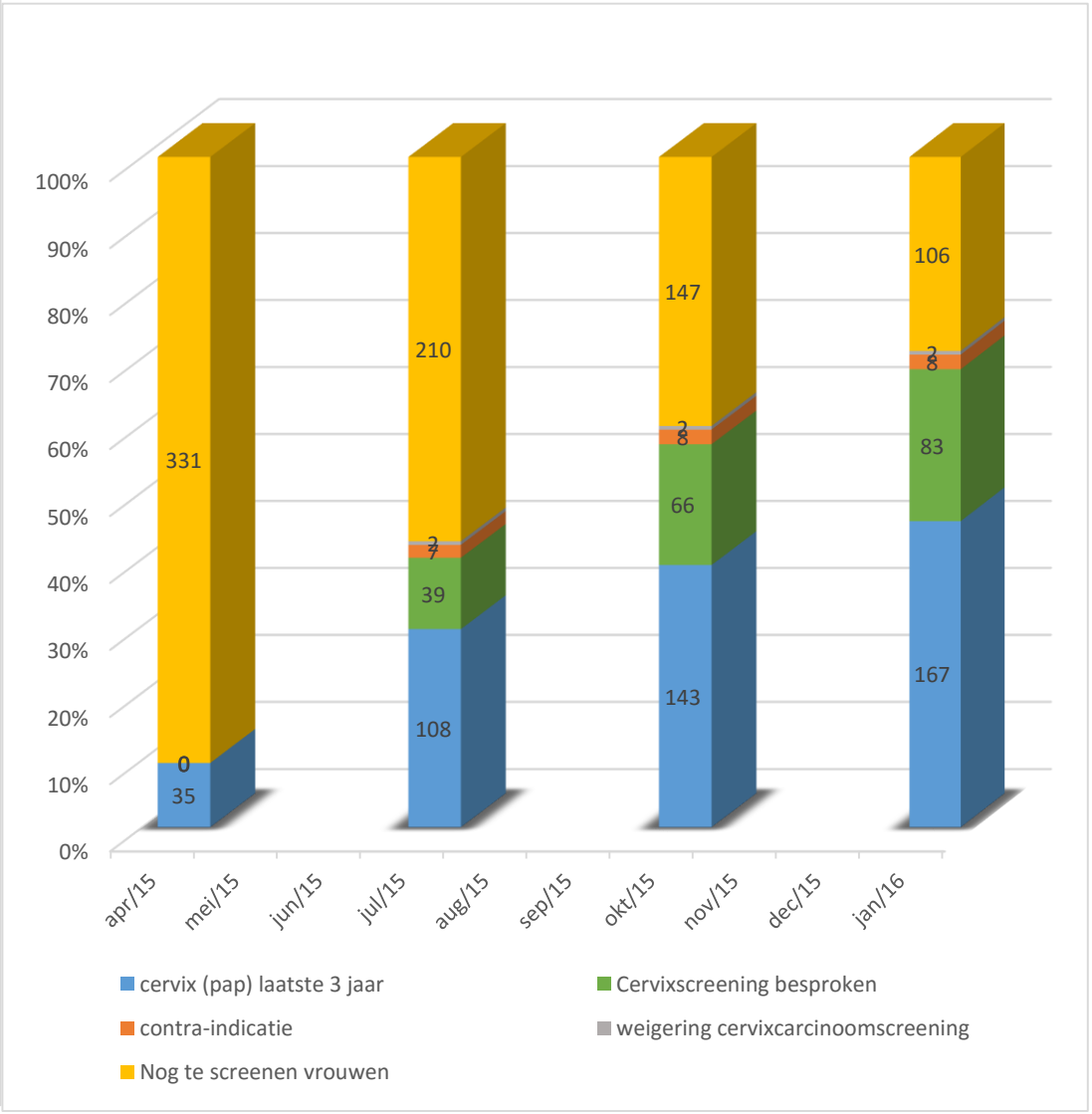
In de praktijk van Hanna Busschop werden minder contra-indicaties gecodeerd, wat te verklaren zou kunnen zijn door het feit dat bij ons in de huisartsenpraktijk sinds meerdere jaren wordt gecodeerd in tegenstelling tot de praktijk van Hanna Busschop waar dit vooral werd gedaan sinds de laatste 1,5 jaar.

Het feit dat er maandelijks feedback gegeven werd in tegenstelling tot driemaandelijks en gebruik van de pop-up heeft dus, in tegenstelling tot de verwachtingen, geen grote invloed op de registratie. Deze pop-up werd in het teamoverleg van Hanna Busschop wel gezien als een goede reminder. Soms waren er wel technische problemen met de pop-up wat voor frustraties kon zorgen. Of het werken op afspraak een invloed heeft kan moeilijk worden afgeleid, gezien uit het teamoverleg duidelijk naar voren komt dat beide manieren van werken voor een tijdsdruk kunnen zorgen.

Uit het maandelijks overleg bij de masterproef van Hanna Busschop kwamen gelijkaardige barrières en positieve punten naar boven. Tijdsdruk werd ook hier gezien als grootste barrière: reeds drukke agenda, patiënten komen met meerdere problemen, er moet worden gecodeerd, Sumehrs dienen te worden aangemaakt,… Registratie gebeurde meestal als patiënten voor een gynaecologisch probleem kwamen, omdat er dan sneller aan wordt gedacht door de artsen. Afhankelijk van de reden van de consultatie, komen andere zaken rond preventie ook hier eerder aan bod.

Algemeen kunnen we dus besluiten dat preventie, ongeacht de ligging van de praktijk en de populatie, iets is waar de artsen continu aan moeten worden herinnerd gezien dit snel uit het oog wordt verloren. Aangezien tijdsdruk in beide praktijken als een belangrijke barrière werd aangegeven, dient er ook te worden gezocht naar manieren om dit tijdsefficiënt te laten verlopen.





Figuur 11: Driemaandelijkse procentuele evolutie van de registratie van cervixcarcinoomrscreening gedurende de studieperiode bij de patiënten uit de doelgroep - vergelijking resultaten Masterproef Sanne Casier (links) en Hanna Busschop (rechts)

5.3 Invloed praktijkproject

Het registeren van cervixcarcinoomscreening in het EMD gebeurt sinds het praktijkverbeterend project op een uniforme manier. Tijdens ons wekelijks overleg wordt ook vaker nagegaan hoe we andere zaken uniform kunnen registeren en coderen in het EMD. De preventiemodule wordt nu niet enkel gebruikt voor cervixcarcinoomscreening maar ook voor de andere preventieve maatregelen zoals borstkankerscreening en influenzavaccinatie.

Na de studie werd overgeschakeld op een nieuw EMD Care Connect. Na de positieve invloed van dit praktijkverbeterend project, werd hier al bij de start nagegaan hoe we opnieuw uniform kunnen registeren in het EMD en ook specifiek in de preventiemodule.

Er zal ook een driemaandelijks overleg plaatsvinden, naast ons wekelijks overleg, rond het uniform registeren in het EMD. Niet enkel rond de preventiemodule, maar ook over coderen in het algemeen. Dit zal het samenwerken, niet enkel tussen de artsen in de praktijk maar ook met andere hulpverleners, hopelijk verder positief beïnvloeden.

6 CONCLUSIE

Het doel van dit praktijk verbeterend project was om de cervixcarcinoomscreening in het EMD op een uniforme manier te registeren. Het gebruik van het stroomdiagram door alle artsen zorgde ervoor dat een correcte registratie in de preventiemodule bij 70% van de patiënten die op raadpleging kwamen gebeurde. In de gelijktijdig uitgevoerde studie van Hanna Busschop werd een gelijkaardig resultaat behaald. Uit deze resultaten blijken de projecten dus in hun opzet geslaagd.

Elektronische herinneringssystemen, zoals het continu aanwezig zijn van een preventieplanning tijdens het consult, blijken een positieve invloed te hebben op de registratie van cervixcarcinoomscreening. Gezien de positieve resultaten van de studie van Hanna Busschop blijkt een actieve pop-up ook efficiënt te zijn.

Een duidelijk stroomdiagram dat kon worden gevolgd, werkte motiverend bij de artsen. Toch werd de screening niet bij alle vrouwen nagevraagd. Uit de bespreking van de resultaten met de artsen uit de praktijk bleek tijdsgebrek de grootste reden hiervoor te zijn. Een folder meegeven met de patiënt kan hiervoor een oplossing bieden want we zagen in deze studie een respons van 100%.

Tussentijdse feedback geven bleek een goede manier te zijn om aan preventie te worden herinnerd en werkte volgens alle artsen motiverend. Zou de overheid hierin een rol kunnen spelen in de toekomst? Momenteel worden antibioticaprofielen naar alle artsen opgestuurd. Zou het ook een optie kunnen zijn om dit rond preventie te organiseren? En is een financiële tegemoetkoming, zoals die er is met de Sumehrs, een haalbare kaart?

18 vrouwen kwamen tijdens de studie niet op consultatie, dus hierbij moet nagedacht worden of er een andere manier is om die patiënten te bereiken. Momenteel zijn er uitnodigingsbrieven vanuit de overheid in kader van cervixcarcinoomscreening. De artsen merken echter op dat voornamelijk de jongere, ‘worried well’, met deze brief langskwamen en niet de moeilijker te bereiken doelgroep. Een uitnodigingsbrief sturen rond cervixcarcinoomscreening vanuit de praktijk zelf zou wel een extra motivatie kunnen zijn, gezien de meeste patiënten een groot vertrouwen hebben in hun huisarts. Dit werd in veel voorgaande masterproeven onderzocht, telkens met een positief resultaat. Al lijkt dit momenteel niet haalbaar wegens tijdsgebrek. Een praktijkassistente, met opnieuw financiële ondersteuning hiervoor door de overheid, zou een oplossing kunnen bieden.

Verder onderzoek zal in de toekomst moeten aantonen of deze voorstellen ook een positief resultaat kunnen opleveren.

7 REFERENTIES

1. Thijs G, Van Nuland M, Govaerts F. Op de grens tussen 'cure' en 'care', begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. Huisarts Nu 2005; 34(4).

2. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005; 40: 595-601.

3. F. Smeets, V. Verhoeven, M. Baay, S. Weyers, C. Colpaert, F. Govaerts. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 40(1).

4. Louis Raymond GP, Ana Ortiz de Guinea, Placide Poba-Nzaou, Marie-Claude Trudel, Josianne Marsan, Thomas Micheneau. Improving performance in medical practices through the extended use of electronic medical record systems: a survey of Canadian family physicians. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2015;15(27).

5. Lau F, Price M, Boyd J, Partridge C, Bell H, Raworth R. Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2012;12:10.

6. Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, Sykes L, Quan H. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: a systematic review of the evidence. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2011;18(6):732-7.

7. Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions. Health affairs. 2004;23(2):116-26.

8. Vainiomaki S, Kuusela M, Vainiomaki P, Rautava P. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. Scand J Prim Health Care. 2008;26(2):117-22.

9. Kuusela M, Koivisto AL, Vainiomaki P, Vahlberg T, Rautava P. The medico-professional quality of GP consultations assessed by analysing patient records. Scand J Prim Health Care. 2011;29(4):222-6.

10. Linder JA, Schnipper JL, Tsurikova R, Melnikas AJ, Volk LA, Middleton B. Barriers to electronic health record use during patient visits. AMIA Annu Symp Proc. 2006:499-503.

11. Saleem JJ, Flanagan ME, Russ AL, McMullen CK, Elli L, Russell SA, Bennett KJ, Matthias MS, Rehman SU, Schwartz MD, Frankel RM. You and me and the computer makes three: variations in exam room use of the electronic health record. J Am Med Inform Assoc. 2014:147-51.

12. Poon EG, Wright A, Simon SR, Jenter CA, Kaushal R, Volk LA, Cleary PD, Singer JA, Tumolo AZ, Bates DW. Relationship between use of electronic health record features and health care quality. Medical Care 2010; 48(3): 203-209.

13. Mannaerts A. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven

14. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003 Apr;93(4):635-41.

15. Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RR, Carande-Kulis VG, Yusuf HR, Ndiaye SM, Williams SM. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services. Am J Prev Med 2000; 18(1): 97-140.

16. Geijsels M. Pop ups in preventie: een praktijkverbeterend project over pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven

17. De Jonghe E. Het gebruik van de preventiemodule in het GMD. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.ichoinfo.be/masterproeven

18. Jaspers M, Smeulers M, Vermeulen H, Peute L. Effects of clinical decision-support systems on practitioner performance and patient outcomes: a synthesis of high-quality systematic review findings. Journal of the American Medical Informatics Association 2011;18:327-334.

19. Shojania K.G., Jennings A., Mayhew A., et al. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. CMAJ. 2010;182:E216-225.

8 BIJLAGE

8.1 Bijlage 1 : Verzoek tot advies van het ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

---

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

SYSTEMATISCHE REGISTRATIE CERVIXKANKERSCREENING IN HET EMD. INTERVENTIE IN EEN GROEPSPRAKTIJK.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. ANSELME DERESE
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: +32 (0)9 332 55 71
- FAX: +32 (0)9.332 49 90
- E-MAIL: ANSELME.DERESE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: CASIER SANNE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: +32 (0)475224340
- E-MAIL: SANNE.CASIER@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. LILY WILLEMS
- ADRES: HAGEDISSTRAAT 3, 9000 GENT
- TELEFOONNUMMER: +32 (0)9 221 88 31
- E-MAIL: LILY.WILLEMS@HOTMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK : GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/04//2015
- EINDE ONDERZOEK: 01/04/2016

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ✓ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ✓ INTERVIEW

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

HET DOEL VAN HET ONDERZOEK IS HET SYSTEMATISH EN UNIFORM REGISTREREN VAN CERVIXKANKERSCREENING IN HET EMD. MEER SPECIFIEK ZAL DE PREVENTIEMODULE VAN HET EMD HIERVOOR TOEGEPAST WORDEN.

IK HEB GEKOZEN VOOR REGISTRATIE IN HET EMD OMDAT MIJN PRAKTIJK HIER VEEL BELANG AAN HECHT EN DIT MOMENTEEL NOG NIET OP EEN SYSTEMATISCHE MANIER GEBEURT (AANGEZIEN DE PREVENTIEMODULE OOK SLECHTS RECENT GEÏMPLEMENTEERD WERD IN HET EMD). CERVIXKANKERSCREENING LEEK MIJ EEN GOEDE START OM OM IN DE TOEKOMST.OOK ANDERE ZAKEN UIT DE PREVENTIEMODULE SYSTEMATISCH TE REGISTREREN

- LITERATUURONDERZOEK;
  CERVIXKANKERSCREENING IN HET ALGEMEEN
  HOE EEN GROEP ARTSEN MOTIVEREN EN HOE DE BARRIERES OPSPOREN OP EEN TEAMOVERLEG (FOCUS-GROEP).
- MOGELIJKHEDEN EMD NAGAAN (SAMEN MET CORILIUS), MET OPSTELLEN STROOMDIAGRAM (BIJLAGE)
- KWANTITATIEF ONDERZOEK:
  3 MAANDELIJKS CIJFERMATERIAAL UIT EMD VERZAMELEN TEN EINDE SUCCES OP TE VOLGEN
- KWALITATIEF ONDERZOEK:
  3 MAANDELIJKS FOCUS-GROEP MET DE PRAKTIJK
  DIT OM MOEILIJKHEDEN OP TE SPOREN EN TE ZIEN HOE WE DIE KUNNEN AANPAKKEN. DEZE GESPREKKEN ZULLEN WORDEN OPGENOMEN VIA AUDIO EN GEANALYSEERD DOOR DE HAIO.

DE PROEFPERSONEN ZIJN DE HUISARTSEN VAN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK, HET RESULTAAT VAN DE STUDIE WORDT AFGEMETEN AAN HET SUCCES BIJ DE PATIËNTEN (BIJ WIE TOEGEPAST WORDT WAT ONDER NORMALE GOEDE ZORG VALT)

<u>INCLUSIECRITERIA VAN DEZE POPULATIE WAAROP HET SUCCES WORDT GEMETEN</u>

- VROUWELIJKE PATIENTEN
- GEBOORTEJAAR TUSSEN 1950-1970 (EEN VAAK ONDERSCREENDE POPULATIE, GEZIEN ZE VAAK NIET MEER OP JAARLIJKS ANTICONCEPTIE-CONSULT KOMEN)
- ACTIEF GMD IN 2014

<u>EXCLUSIECRITERIA</u>

- CONTRA-INDICATIES VOOR EEN CERVIXCREENING; ZWANGERSCHAP EN HYSTERECTOMIE (GECODEERD IN HET DOSSIER).

1/ PRE-ONDERZOEKSFASE

- PRAKTIJKOVERLEG
  TOELICHTEN ONDERZOEK + STROOMDIAGRAM
  INFORMED CONSENT
- VOORAFGAAND STATISTIEK UIT EMD HALEN (STARTCIJFER)

2/ ONDERZOEKSFASE

- DE ARTSEN VOLGEN GEDURENDE DE PERIODE VAN 01/04/2015-01/04/2016 HET STROOMDIAGRAM DAT HEN WERD UITGELEGD.

- ELKE 3 MAAND WORDT EEN FOCUS-GROEP GEORGANISEERD DAT VIA AUDIO ZAL WORDEN OPGENOMEN. HIERIN GAAN WE NA WAAR DE MOEILIJKHEDEN LIGGEN EN HOE WE DEZE KUNNEN AANPAKKEN. ER WORDEN OOK TELKENS TUSSENTIJDSE CIJFERS GEGEVEN, DIE AAN DE HAND VAN 3MAANDELIJKSE LIJSTEN UIT HET EMD WORDEN GEHAALD.

3/ POST-ONDERZOEKSFASE

- DE 'EIND' LIJSTEN WORDEN GETROKKEN OP 01/04//2016: OP DAT MOMENT WORDT NAGEGAAN BIJ HOEVEEL PROCENT VAN ONZE PATIENTENGROEP EEN CERVIXKANKERSCREENING IN HET EMD GENOTEERD IS, EN HOEVEEL PROCENT GEWEIGERD HEEFT WE MAKEN OOK DE BALANS OP VAN WAT DE BARRIERES WAREN/ZIJN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ✓ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

✓ JA

❑ NEEN

(PREVENTIE)

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA

✓ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 4
D. LEEFTIJD : GEBOREN IN 1988, 1985, 1959, 1979
E. GESLACHT : VROUWELIJK
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE ARTSEN DIE IN DE PRAKTIJK MEEWERKEN, 3 VROUWELIJKE COLLEGAS, ZIJN DE PROEFPERSONEN DIE ZULLEN DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK (FOCUS-GESPREKKEN 3MAANDELIJKS)

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

✓ JA

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA

✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA

✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

✓ JA

- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

✓ JA

- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

VERZEKERING UGENT NO FAULT

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEEN

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA

✓ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA

✓ NEEN

LEIDEN ?

✓ JA
❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
✓ NEEN

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 04/02/15
NAAM : CASIER SANNE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 4-2-15
NAAM : Willems Lily
HANDTEKENING :

Dr. WILLEMS Lily
Hagedisstraat 3
9000 Gent
Tel. 09/221.88.31
I 44639 85 004

PROMOTOR

DATUM : 23/1/15
NAAM : Prof. dr. Anselme DERESE
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR nvt

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMERS

Geachte artsen van de praktijk,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr Sanne Casier een onderzoek naar de het systematisch en uniform registeren van cervixkankerscreening in het EMD. Dit onderzoek gebeurt in de periode van april 2015 tot en met april 2016 ,onder toezicht van de Universiteit Gent.

Het doel van de studie is om de preventiemodule in het EMD , en meer specifiek over cervixkankerscreening, op een systematische manier bij alle vrouwen in te vullen.

Hoe het systematisch registeren verloopt en wat de barrières zijn zal besproken worden tijdens een 3maandelijkse FOCUS-groep met alle artsen van de praktijk. Dit zal tevens worden opgenomen (audio) zodat het achteraf kan geanalyseerd worden door Dr. Sanne Casier.

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

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers.

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

Met vriendelijke groeten,

Dr. Sanne Casier

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam : ……..

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 gegevens tijdens deze studie worden verzameld tijdens een interview en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. 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.

Door de deelnemers te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de deelnemer

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

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

8.2 Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Universiteit Gent
Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen
3K3
Prof. dr. Anselm DERESE
De Pintelaan 185
9000 Gent

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2015/0309	27-jan-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Verandering in de huisartspraktijk: systematische registratie van de cervixcarcinoomscreening in het EMD
(Manama Sanne Casier)

Belgisch Registratienummer: B670201524305

Fase (Phase): NVT/NA

* Antwoord onderzoekers dd. 24/04/2015 op opmerkingen EC dd. 31/03/2015
* Adviesaanvraagformulier
  (aangepaste versie cfr. Brief onderzoeker dd. 24/04/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
  (aangepaste versie cfr. Brief onderzoeker dd. 24/04/2015)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. A. DERESE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/04/2017, 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 24/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/04/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 24/04/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 24/05/2015

- *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)*

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

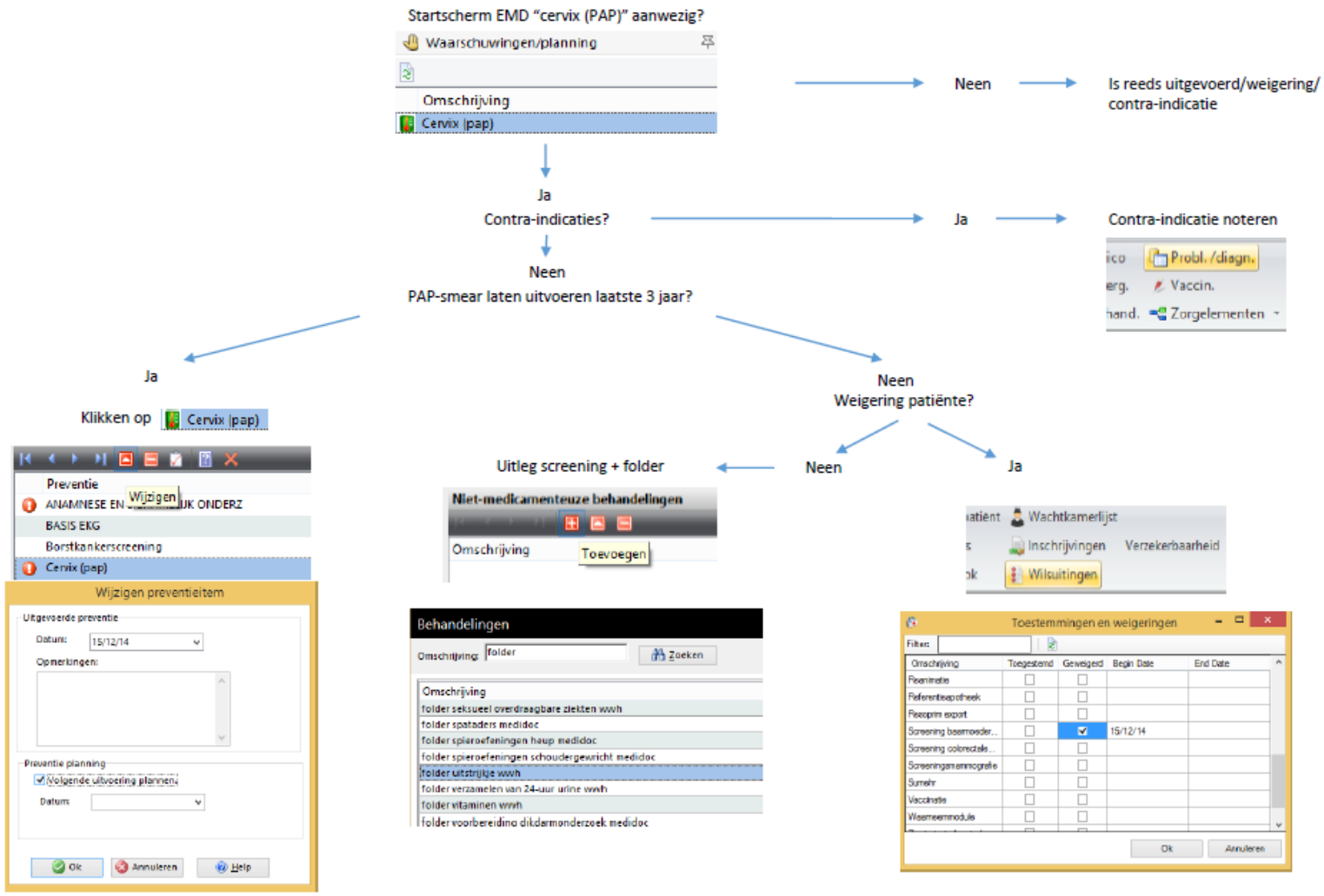
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented 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
Universiteit Gent - Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen; De Pintelaan 185 9000 Gent

8.3 Bijlage 3: Stroomdiagram



8.4 Bijlage 4 : Folder bevolkingsonderzoek

ONDERZOEK NAAR BAARMOEDERHALSKANKER

Waarom laat u zich best onderzoeken?

Elk jaar krijgen ongeveer 360 Vlaamse vrouwen baarmoederhalskanker. Baarmoederhalskanker komt het meest voor bij vrouwen tussen de 25 en 65 jaar. Daarom raden we u aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Op die manier kan een voorstadium of kanker vroeg ontdekt worden, nog voor u symptomen heeft. Door tijdige opsporing is meestal maar een kleine ingreep nodig en herstelt u sneller.

Hoe kan u kanker aan de baarmoederhals krijgen?

Kanker aan de baarmoederhals ontstaat door een infectie met een virus. U kan het virus krijgen door seksueel contact. Iedereen die seksueel contact heeft gehad kan besmet zijn. Meestal is dat niet erg, want het lichaam ruimt het virus zelf weer op. Soms gebeurt dat niet en blijft het virus 10 tot 15 jaar in het lichaam aanwezig. Dat kan in sommige gevallen het begin van deze kanker zijn.

Welke klachten kunnen wijzen op kanker aan de baarmoederhals?

- ongewoon slijm in de vagina
- ongewoon bloedverlies, buiten de periode dat u ongesteld bent:
  - tijdens of na het vrijen
  - tussen 2 periodes waarin u ongesteld was
  - na de menopauze

Deze klachten kunnen wijzen op een onschuldige infectie maar moeten zeker nagekeken worden door een arts.

Hoe verloopt het onderzoek?

Maak een afspraak bij uw huisarts of gynaecoloog om een uitstrijkje te laten nemen, bij voorkeur op een dag dat u niet ongesteld bent. De arts stelt u eerst een paar vragen. Bijvoorbeeld wanneer u voor het laatst ongesteld was. Daarna kleedt u zich onderaan uit. U gaat op de onderzoeksbank liggen en buigt uw knieën. Of u zet uw benen in speciale steunen.
De arts doet een speciaal instrument voorzichtig in uw vagina. Met een borsteltje worden door de arts wat cellen uit de hals van de baarmoeder gehaald. Die cellen doet de arts in een potje. Het potje wordt naar het labo verstuurd. Het totale onderzoek duurt een paar minuten. Het doet meestal geen pijn.

Hoeveel kost het onderzoek?

Het onderzoek is gratis (de kosten worden terugbetaald eenmaal per 3 jaar). U betaalt enkel het remgeld voor de consultatie bij de arts.

Wanneer weet u de uitslag van het onderzoek?

Het laboratorium kijkt na of er afwijkende cellen aanwezig zijn. Na ongeveer 2 weken kan u uw arts contacteren voor het resultaat

Wat kan de uitslag zijn van het onderzoek?

1. Geen afwijkingen
Het labo heeft geen afwijking gevonden in het uitstrijkje. Na 3 jaar herhaalt u best dit onderzoek. De uitslag is echter nooit 100% zeker. Dus hebt u ongewone afscheiding uit uw vagina, of verliest u onverwachts bloed uit uw vagina? Neem dan altijd contact op met uw arts.

2. Niet goed te beoordelen
Het uitstrijkje was niet goed interpreteerbaar. Uw arts contacteert u om het uitstrijkje te herhalen.

3. Een afwijking
Het labo heeft afwijkende cellen gevonden. Dat betekent nog niet dat u kanker heeft. Wel is er meer onderzoek nodig. Soms is het voldoende om het uitstrijkje te herhalen na 6 maanden. Soms is verder onderzoek door een gynaecoloog nodig.

Wat zijn de VOORDELEN van het onderzoek?

- In Vlaanderen overlijden elk jaar ongeveer 120 vrouwen aan baarmoederhalskanker. Door vroegtijdige opsporing kan dit aantal sterk verminderd worden.
- Als een voorstadium of kanker heel vroeg ontdekt wordt sterft bijna niemand ervan.
- Als de kanker heel laat ontdekt wordt, sterft 20% van de patiënten binnen de 5 jaar.
- Het bevolkingsonderzoek spoort vooral voorstadia van kanker op. Een behandeling van een voorstadium voorkomt dat baarmoederhalskanker ontstaat.

Wat zijn de NADELEN van het onderzoek?

- Als afwijkende cellen in het uitstrijkje gevonden worden, weten we nog steeds niet zeker of u baarmoederhalskanker of een voorstadium heeft. Er is altijd meer onderzoek bij de huisarts of gynaecoloog nodig.
- De uitslag geeft geen volledige zekerheid dat u geen baarmoederhalskanker heeft. Bij klachten zoals ongewoon bloedverlies, neemt u best contact op met uw huisarts of gynaecoloog.
- Een voorstadium wordt bijna altijd behandeld. Een deel van de voorstadia zou ook zonder behandeling vanzelf overgaan. Een behandeling was dan niet nodig geweest.
- Sommige vrouwen vinden het onderzoek vervelend, maar het doet meestal geen pijn.

Laat uw dochter vaccineren!

Vanaf het schooljaar 2010 – 2011 kunnen in Vlaanderen meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs een gratis vaccin krijgen tegen kanker in de baarmoederhals. Meisjes die niet in aanmerking kwamen voor een gratis vaccin en nu nog jonger zijn dan 19 jaar, kunnen met een voorschrift het vaccin aankopen bij de apotheker en de huisarts kan dit vaccin dan toedienen. Men krijgt dan een deel van de vaccinkosten terug.

Let op! Het vaccin beschermt niet tegen alle types kanker aan de baarmoederhals.
Een uitstrijkje blijft ook na vaccinatie nodig!

Hebt u nog vragen?

Aarzel niet om met uw persoonlijke vragen contact op te nemen met uw huisarts of gynaecoloog.

Voor informatie over het bevolkingsonderzoek kan u terecht bij
het Centrum voor KankerOpsporing vzw
via mail kanker@bevolkingsonderzoek.be
of op www.bevolkingsonderzoek.be.

BEVOLKINGS ONDERZOEK

BEVOLKINGS ONDERZOEK BAARMOEDER HALSKANKER

8.5 Bijlage 5: Resultatentabel

	3 april 2015	3 juli 2015	2 oktober 2015	januari 2016
cervix (pap) laatste 3 jaar	62	115	130	164
raadpleging tijdens studie	0	200	263	272
weigeren cervixcarcinoomscreening	0	1	2	2
contra-indicatie	12	15	19	25
follow-up bij gynaecoloog (resultaat ingegeven in preventiemodule)	0	2	8	15
patiëntenfolder meegegeven	0	5	9	12
na folder screening bij huisarts	0	2	5	7
na folder screening bij gynaecoloog	0	4	4	5
na folder geen screening	0	0	0	0
cervixcarcinoomscreening werd correct aangevuld in EMD	74	136	160	203
Doelgroep	290	290	290	290