# Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk.

Een praktijkverbeterend project.

Tinne Wuyts, KULeuven

Promotor: Dr. Philips Hilde, Universiteit Antwerpen

Co-Promotor en Praktijkopleider: Dr. Coursier Patrick

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Inhoudsopgave


Abstract 3

Inleiding 4

ONDERZOEKSVRAGEN 5

Methode 6

LITERATUUR 6

POPULATIE 6

VERLOOP VAN DE STUDIE 6

ETHISCH COMITE 8

Resultaten 8

LITERATUUR 8

VOORMETING 9

DE EERSTE FASE VAN HET ONDERZOEK 12

DE TWEEDE FASE VAN HET ONDERZOEK 14

NAMETING 14

Discussie 15

Besluit 20

Dankwoord 21

Referentielijst 22

Bijlage 23

BIJLAGE 1: VRAGENLIJST 23

BIJLAGE 2: INFORMATIEBRIEF 26

BIJLAGE 3: INFORMED CONSENT + TOESTEMMINGSFORMULIER 27

BIJLAGE 4: HERINNERINGSBRIEF 29

BIJLAGE 5: GOEDKEURING ETHISCH COMITE 30

BIJLAGE 6: PROTOCOL ETHISCH COMITE 32

# Abstract

INLEIDING

Preventie is op dit moment een belangrijk onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg geworden. Het is echter niet eenvoudig om preventieve geneeskunde op een goede en efficiënte wijze in de klassieke (curatieve) praktijkvoering te integreren. De gezondheidsgids van Domus Medica ondersteunt artsen om deze taken op een gestructureerde manier aan te bieden. Om het preventieconsult in onze praktijk te implementeren zouden wij graag het gebruik van Wireless Patient Monitoring (WiPaM) willen integreren.

ONDERZOEKSVRAGEN

Hoe groot is de respons voor het invullen van de vragenlijst zowel schriftelijk als online? Hoeveel patiënten maken daadwerkelijk een afspraak voor een preventieconsult? Wordt de respons voor een preventieconsult vergroot bij een herinnering via een brief? In welke mate zijn de gegevens met betrekking tot preventie reeds ingevuld in het EMD? Zijn deze gegevens na de interventie vollediger ingevuld?

METHODE

Eerst wordt er gekeken in welke mate de parameters belangrijk bij preventie reeds ingevuld zijn in het EMD. Vervolgens worden de patiënten die consulteren tussen 01/01/2015 en 31/05/2015 uitgenodigd om de GMDplus-vragenlijst in te vullen en deze te bespreken tijdens een preventieconsult. De patiënten kunnen deze vragenlijst op papier of online invullen via WiPaM. We bekijken hoeveel vragenlijsten we terug krijgen en hoeveel patiënten daadwerkelijk op preventieconsult komen. Om de respons voor een preventieconsultatie te verhogen, bekijken we hoeveel patiënten die hun vragenlijst ingevuld hebben, niet in orde zijn voor hun vaccinaties. We bekijken dit aan de hand van het EMD en Vaccinnet. De patiënten die niet in orde zijn, worden opnieuw aangeschreven door middel van een herinneringsbrief. We bekijken hoeveel patiënten hierdoor extra op preventieconsult komen. Vervolgens maken we opnieuw een status op in welke mate de preventie-items ingevuld zijn in het EMD en vergelijken dit met de voormeting.

RESULTATEN

Gedurende de periode van 01/01/2015 tot 31/05/2015 werden er 523 vragenlijsten uitgedeeld. 308 vragenlijsten werden hiervan ingevuld waarvan 111 op papier en 197 online. Tijdens deze eerste periode kwamen 12 patiënten op preventieconsult. Op 13/10/2015 werden er nog eens 149 herinneringsbrieven verstuurd. Hierdoor kwamen er 57 patiënten extra op preventieconsult. We zagen dat voor elk preventie-item het dossier na de hele interventie beter ingevuld was. De grootste winst zagen we bij het peilen naar het gebruik van alcohol.

BESLUIT

Tijdens dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd preventie op een succesvolle manier in onze praktijk geïntegreerd. In deze studie wordt duidelijk dat het invoeren van een preventieconsult tot een betere en correctere registratie leidt. In de nabije toekomst zou er moeten nagedacht worden over een rechtstreekse gecodeerde koppeling tussen het EMD en elektronische vragenlijsten. Dit is enkel mogelijk als we evolueren naar een goed doordacht en gestructureerd medische dossier.

# Inleiding

De huisarts staat als gezondheidswerker op de eerstelijn centraal in de gezondheidszorg. In het verleden werd er vooral nadruk gelegd op het curatieve aspect van de huisartsgeneeskunde. Met behulp van allerlei campagnes van de overheid, werd er steeds meer aandacht gegeven aan het preventieve aspect van de geneeskunde.

Preventie is op dit moment een belangrijk onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg geworden. Het is echter niet eenvoudig om preventieve geneeskunde op een goede en efficiënte wijze in de klassieke (curatieve) praktijkvoering te integreren. In september 2010 bracht Domus Medica de Gezondheidsgids uit. Deze gids biedt een leidraad om op een evidence based en zinvolle manier een preventiebeleid op maat van de individuele patiënt uit te stippelen. Vanaf 1 april 2011 kwam er vanuit de overheid ondersteuning voor huisartsen die een preventieconsult aanboden. Dit kwam er uiteindelijk in de vorm van een Globaal Medisch Dossier Plus (GMDplus) met een bijbehorend nomenclatuurnummer voor het uitvoeren van een preventieconsult. Dit GMDplus is mogelijk voor alle patiënten die bij hun huisarts een Globaal Medisch Dossier (GMD) hebben en die tussen de 45 en 75 jaar zijn. (1)

Volgende topics worden behandeld in de gezondheidsgids:
- Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten
- Stimuleren van rookstop
- Advies over gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit
- Opsporen van diabetes
- Vaccinaties tegen Tetanus/Pertussis/Difterie, Influenza en Pneumokokken
- Vroegtijdige opsporing van borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker
- Peilen naar het gebruik van alcohol
- Peilen naar het risico op depressie

In het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 dat op 22/12/2015 werd afgesloten, wordt in punt 4.1.2.1 bepaald dat het GMDplus ophoudt te bestaan vanaf 1/1/2016. Ter vervanging van het GMDplus voorziet de conventie in iets anders: het GMDplus wordt nu partieel geïntegreerd in het GMD. Dit betekent concreet dat wanneer de huisarts een GMD van een patiënt uit de bewuste leeftijdsgroep (van 45 tot 75 jaar) opent of verlengt én als deze patiënt ook het statuut van een patiënt met chronische aandoening heeft, hij recht heeft op een extra bedrag van 25 euro, bovenop de normale 30 euro. Er zijn met andere woorden twee voorwaarden: de patiënt moet tussen de 45 en 75 jaar oud zijn én hij moet chronisch ziek zijn. Is de 45-plusser geen chronisch zieke, dan krijgt de huisarts geen extra vergoeding, enkel het bedrag voor een ‘gewoon’ GMD. Bijkomend heeft de huisarts op dit ogenblik geen zicht welke patiënten behoren tot deze groep met een chronische aandoening. (2,3)

In dit praktijkverbeterend project willen we aan de hand van de gezondheidsgids de preventie in onze praktijk implementeren. Het betreft een groepspraktijk met vier huisartsen en één Haio (huisarts-in-opleiding). In het verleden kwam preventie niet op een systematische manier aan bod. Dit komt door tijdsgebrek en vooral door het feit dat de artsen nooit nagedacht hebben over op welke manier ze het preventieplan kunnen integreren in de dagelijkse workflow van de praktijk.

Het onderwerp voor het praktijkproject wordt gekozen aan de hand van het SMART-principe. Hierbij moeten de doelstellingen *specifiek* en eenduidig zijn en een observeerbare of *meetbare* verandering

kunnen geven. Het project moet *acceptabel* zijn voor de patiënten en haalbaar en *realistisch* qua tijdsbesteding en werkdruk voor de artsen. Verder speelt er ook een *tijdsgebonden* factor mee, waarbij een termijn moet worden vastgelegd waarbinnen het project moet worden gerealiseerd.

Deze studie wil enerzijds preventie voor de patiënt verbeteren. We vullen de parameters op de correcte plaats in het dossier in zodat we hier blijvend rekening mee kunnen houden. Anderzijds willen we een manier zoeken om aan praktijkverbetering te doen door de gegevens die we via elektronische vragenlijsten binnen krijgen automatisch en op de correcte plaats in te voeren in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Dit kan het organiseren van preventie in de toekomst voor de praktijk veel gemakkelijker maken.

Wij zouden graag het gebruik van Wireless Patient Monitoring (WiPaM) willen integreren in onze praktijk. WiPaM is een platform voor telegeneeskunde en bevat een GMDplus module die toelaat om patiënten uit te nodigen de GMDplus vragenlijst thuis in te vullen. Het grote voordeel hiervan is dat de patiënt thuis al de eerste richtlijnen meekrijgt en kan bekijken. Hij zal dan met meer doelgerichte vragen bij de arts komen die op deze manier zijn kostbare tijd op de meest efficiënte wijze benut. Deze webgebaseerde GMDplus oplossing is geschikt voor computers, smartphones en tablets. (4)

WiPaM wordt voor veel meer gebruikt dan enkel de GMDplus module. WiPaM laat toe om homecare toestellen draadloos te verbinden met de PC van de gezondheidswerkers die zo de resultaten van deze toestellen kunnen beoordelen. Zo wordt WiPaM gebruikt voor de opvolging van chronisch zieke patiënten, zoals patiënten met diabetes, hypertensie, astma, COPD, hartfalen,... en ook voor thuishospitalisatie. Patiënten gebruiken thuis de medische toestellen zoals bloeddrukmeters, saturatiemeters, glycemiemeters,... Deze resultaten worden naar de centrale WiPaM server gestuurd. Alle gezondheidswerkers die betrokken zijn bij de opvolging van de patiënt kunnen de gegevens in real-time consulteren via de beveiligde website. WiPaM wordt zo ook al langer gebruikt voor sportmedische keuring. Op vraag van SKa (Vereniging voor Sport- en Keuringsartsen) ontwikkelden ze de website www. sportkeuring.be voor de screening naar het risico op plotse dood bij sporters. De ingevulde resultaten worden naar het WiPaM platform doorgestuurd waar ze door de arts kunnen ingekeken en beoordeeld worden. Via WiPaM is het dan ook mogelijk om tijdens de sportmedische keuring de ECG- en spirometrietesten uit te voeren in het online dossier van de sporter. (4)

ONDERZOEKSVRAGEN

In dit praktijkverbeterend project willen we de volgende onderzoeksvragen bestuderen:
Eerst willen we de responsgraad nagaan: hoeveel patiënten vullen de vragenlijst schriftelijk of online in? Welk percentage van de patiënten vult de vragenlijst schriftelijk in? En welk percentage vult de vragenlijst elektronisch in? Hoeveel patiënten maken daadwerkelijk een afspraak om deze vragenlijst te bespreken?
Vervolgens willen we ons toeleggen op één bepaald item van de vragenlijst: de vaccinaties. We gaan na welke patiënten die de vragenlijst schriftelijk of online ingevuld hebben, niet in orde zijn met hun vaccinaties. Dit bekijken we aan de hand van het dossier én met de gegevens van Vaccinnet van deze patiënten. Deze groep wordt opnieuw schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieconsult. Ook hier gaan we de responsratio van deze groep patiënten na.
In welke mate zijn alle preventie-items zoals beschreven in de gezondheidsgids van Domus Medica reeds ingevuld in het dossier? Zijn de gegevens met betrekking tot preventie na de interventie volledig ingevuld in het GMD? Dit is een belangrijk punt in de evaluatie van de interventie. We

maken dus een status op van alle preventie-items uit de vragenlijst voor en na de volledige interventie en evalueren dit aan de hand van het EMD.
Tot slot willen we ook even reflecteren over hoe we het gebruik van elektronische vragenlijsten gemakkelijk gestructureerd kunnen implementeren.

# Methode

LITERATUUR

Op basis van literatuuronderzoek willen we een antwoord vinden op volgende vragen. Op welke manier kunnen we de patiënten het best uitnodigen voor een preventieconsult? Wat zijn de gemiddelde deelname percentages aan een preventieconsult bij vorige thesissen door Haio's? Zijn er reeds digitale versies van het GMDplus in gebruik?

Aangezien het gaat om een praktijkverbeterend project, hebben we ons voor de literatuurstudie gebaseerd op de implementatie van preventie in praktijken in Vlaanderen. De bronnen die bestudeerd werden zijn de richtlijnen van Domus Medica en de NHG standaarden. Via de ICHO-website werd er ook gezocht in de thesissen van andere Haio's. Door het lezen van deze artikels en het zoeken in hun bronnen hebben we hieruit ook nog interessante artikels kunnen weerhouden.

POPULATIE

Alle patiënten tussen 45 en 75 jaar, zowel mannen als vrouwen, met een GMD bij één van de artsen van de groepspraktijk. We geven de vragenlijsten mee op het moment dat ze consulteren en het GMD vernieuwd wordt tussen 01/01/2015 en 31/05/2015.
De exclusiecriteria zijn patiënten die niet op consultatie kunnen komen: patiënten in een rusthuis of in een instelling, wilsonbekwame patiënten, palliatieve patiënten. De vragenlijst, zowel schriftelijk als online op WiPaM, is enkel in het Nederlands opgesteld. Anderstalige patiënten geven we ook geen vragenlijst mee.

VERLOOP VAN DE STUDIE

We maken eerst een status op vóór de interventie: de voormeting. We willen bekijken in welke mate alle parameters die aan bod komen in de gezondheidsgids reeds ingevuld zijn in het dossier. Via het protocol-gestuurd scherm GMDplus kunnen we een Excel-tabel samenstellen van alle parameters belangrijk bij preventie. We kijken na bij welk percentage van de doelpopulatie deze items reeds ingevuld zijn in het EMD. Vervolgens starten we op 01/01/2015 met de eerste fase van de interventie. We geven elke patiënt tussen de 45 en 75 jaar waarbij het GMD verlengd wordt een vragenlijst (cf. bijlage 1) met informatiebrief (cf.bijlage 2) en informed consent met toestemmingsformulier (cf.bijlage 3) mee. Deze vragenlijst drukken we af vanuit het protocol-gestuurd scherm GMDplus in Medidoc en is gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. Deze vragenlijst is persoonlijk: de gegevens die we reeds in het dossier hebben, worden automatisch ingevuld en de patiënt kan de lijst verder aanvullen of verbeteren. Deze vragenlijst wordt vooraf gegaan door een tekst waarbij de patiënt het belang van preventie wordt uitgelegd, maar waarbij de patiënt ook de mogelijkheid wordt aangeboden om de vragenlijst online via WiPaM in te vullen. De patiënten worden niet gerandomiseerd maar kunnen dus zelf kiezen of ze de vragenlijst schriftelijk of

elektronisch willen invullen. Deze online tool geniet onze voorkeur: het ultieme doel is immers dat deze gegevens automatisch en gestructureerd geïmporteerd kunnen worden in het EMD.
In de wachtzaal hangen er TV-schermen, hierop komen alle nieuwigheden van de praktijk te staan. Zo stond er reeds informatie op over de samenwerking met een psycholoog, een diëtist, maar ook informatie over het correct gebruik van antibiotica, … We willen dat dit project over preventie leeft in de praktijk. Daarom worden alle patiënten die de praktijk bezoeken nog eens extra herinnerd aan dit praktijkproject via een motiverende boodschap op de TV-schermen in de wachtzaal.
De gegevens van de vragenlijsten die we op papier binnenkrijgen, vul ik reeds in in het protocol-gestuurd scherm GMDplus, geïntegreerd in het EMD. Bij planning zet ik dan 'Bespreken preventieplan'. Als deze patiënt op consultatie komt voor acute of chronische pathologie, kan de arts hem hier nog eens op attent maken dat hij kan langskomen om de gegevens te bespreken en een persoonlijk preventieplan te laten opstellen. Ook de ingevulde vragenlijsten op WiPaM kan ik zo handmatig in het dossier invullen. We bekijken of er een mogelijkheid is om de gegevens op WiPaM automatisch en op de correcte plaats in te vullen in het GMD.

Deze eerste fase van de studie waarbij we de vragenlijsten meegeven met de patiënten liep van 01/01/2015 tot 31/05/2015. We hielden bij wie de vragenlijst zowel op papier of elektronisch reeds invulde en wie er daadwerkelijk op preventieconsult kwam.
Op 01/06/2015 stopten we dus met vragenlijsten meegeven. De patiënten mochten hun vragenlijsten blijven binnenbrengen en mochten steeds een afspraak maken voor deze vragenlijst te bespreken. Op dat moment pasten we ook onze boodschap op de flatscreens in de praktijk aan. Niet enkel de doelgroep maar alle patiënten die de praktijk bezochten konden deze boodschap lezen. Zo probeerden we de patiënten extra te motiveren om op preventieconsult te komen.
Op 01/10/2015 merkten we dat er de laatste maand geen vragenlijsten meer binnengebracht werden, zowel schriftelijk als elektronisch niet. We vonden dat de spontane opkomst voor een preventieconsult zeer beperkt was. Daarom besloten we om één preventie-item uit de vragenlijst te selecteren. We gingen voor het item vaccinaties bepalen welke patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld niet in orde zijn met één van hun vaccinaties voor Pneumokokken of voor Tetanus/Pertussis/Difterie. We kozen voor het item vaccinaties omdat we dit als een zeer belangrijk item beschouwden, dit eenvoudig terug te vinden is in het dossier en we dachten dat de patiënten hiervoor wel te motiveren waren om dit in orde te laten maken. Aangezien veel patiënten hadden ingevuld dat ze niet wisten of ze hiervoor in orde waren, gingen we eerst in het dossier én op Vaccinnet na wat de actuele vaccinatiestatus van deze patiënten was. We maakten een lijst op van deze patiënten waarbij er vaccinaties ontbraken en stelden een brief op met de boodschap dat er iets van hun persoonlijke preventie niet in orde is (cf. bijlage 4). Bij de patiënten die reeds spontaan op preventieconsult geweest waren, werden de vaccinaties reeds in orde gemaakt en deze patiënten kregen dus uiteraard geen brief meer. De brieven verstuurden we op 13/10/2015 via de post. Dit was de tweede fase van de interventie. We vragen deze patiënten om een afspraak te maken zodat de hele vragenlijst kan overlopen worden en hun vaccinaties in orde gemaakt kunnen worden.
Op 31/12/2015 werd de studie volledig afgesloten, hierna kunnen de patiënten uiteraard nog steeds een afspraak maken om de vragenlijst te bespreken, maar deze worden niet meer geïncludeerd in de studie. Tot slot bepaal ik nog hoeveel patiënten er nog extra op raadpleging gekomen zijn door de herinnering per brief. Ik maak dan opnieuw ook een lijst op met de status na de interventie: de nameting. Vervolgens ga ik de resultaten bekijken en verwerken.

Algemeen werken we bij dit praktijkverbeterend project volgens ‘model for improvement’ en de PDSA cyclus. De doelstelling van dit model is om verbetering van kwaliteit binnen de praktijk te realiseren aan de hand van kleine verbeteringsacties. De PDSA cyclus staat voor Plan - Do - Study - Act.
Plan: we maken dus eerst een uitgeschreven plan met tijdsas over de aanpak van dit kwaliteitsverbeterend project (zie hierboven bij 'verloop van de studie').
Do: vervolgens wordt het plan uitgevoerd en worden de gegevens verzameld.
Study: dit staat voor de evaluatie. We kijken of er een verbetering is en stellen vast wat goed en niet goed gaat. Op dit moment zien we dat de spontane opkomst voor een preventieconsult zeer beperkt is. Daarom proberen we om de patiënten extra te motiveren met behulp van een herinneringsbrief.
Act: indien nodig het plan bijstellen en hiernaar handelen. Nadien is een herevaluatie noodzakelijk.

ETHISCH COMITE

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité. (cf. bijlage 5 en 6)

# Resultaten

LITERATUUR

De voorbije jaren hebben verschillende Haio's een masterproef gemaakt over het gebruik en de evaluatie van het GMDplus. Zij vergeleken en bestudeerden op welke manier we het best onze patiënten konden motiveren om een preventieconsultatie te plannen. Enkele masterproeven behandelden ook hoe we de preventievragenlijst het best kunnen afnemen. Zij vergeleken de pen-papiermethode met het afnemen van de vragenlijst door een praktijkverpleegkundige of er was vaak ook een mogelijkheid om de patiënt de vragenlijst via een tablet te laten invullen.

Bosmans Tine vergeleek in haar masterproef de responsratio bij het passief aanbieden van een preventieve vragenlijst met een bijbehorende folder ten opzichte van de responsratio bij het actief toevoegen van een kortdurend motiverend gesprek. Zij concludeerde dat de respons op het aanbieden van een preventieconsultatie door een affiche en folder laag is (4,2%), maar gevoelig verhoogd werd wanneer er door de huisarts een actievere rol gespeeld werd door middel van een mondelinge motivatie van de patiënt (20%). (5)

Cools Inge bekeek tijdens haar masterproef de responsratio op een schriftelijke uitnodiging voor deelname aan een preventieconsult in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland. Zij nodigde patiënten systematisch uit per post. Na 3 weken ontvingen de non-responders een herinneringsbrief. Haar onderzoek leverde een respons op van 65% waarvan ruim één op vier na de tweede oproep bekomen werd. (6)

Ook Delanoye Andreas nodigde in zijn masterproef patiënten uit om op GMDplus consult te komen. Hij ging na of de wijze van uitnodigen effect had op de participatiegraad. Naargelang de uitnodiging werden drie groepen onderscheiden: mondelinge motivatie (groep 1), uitnodigingsbrief na consult (groep 2) en uitnodigingsbrief drie maand of langer na het laatste huisartscontact (groep 3). De totale

respons bedroeg 17,2%. Uit groep 1 kwam 16,7% op GMDplus consult, uit rekruteringsgroep 2 15,0% en uit rekruteringsgroep 3 20,3%. De opkomst per groep verschilde niet significant van elkaar. (7)

Feys Charlotte en Fouvry Joke bestudeerden in hun gezamenlijke masterproef de responsratio op verstuurde vragenlijsten per post. Zij hadden een respons van 35% en 12% van de responders kwam op preventieraadpleging. (8)

Vervolgens ging ik na of er ook digitale versies zijn van het GMDplus. In augustus 2012 werd er door Science Tribune, in samenwerking met Domus Medica, een tablet PC toepassing van de Gezondheidsgids gelanceerd. Deze applicatie is op een zodanige manier geconfigureerd dat de tablet gebruikt wordt om de preventieve vragenlijst op een interactieve en eenvoudige manier door de patiënt te laten invullen. Er is ook een mobiele versie zodat de patiënt de vragenlijst ook thuis kan invullen, op zijn PC, tablet of smartphone. De verwerking van de gegevens gebeurt volgens de protocollen van de Gezondheidsgids. Bij het oproepen van de verwerkte gegevens stelt het programma voor welke bijkomende onderzoeken er moeten gebeuren. Door het gebruik van deze toepassing zou de tijdsinvestering, die de arts normaliter moet doen om de papieren vragenlijst samen met de patiënt te overlopen en de gegeven antwoorden te interpreteren, sterk dalen. Om de efficiëntie te bevorderen zou het in de toekomst echter noodzakelijk zijn dat de gegevens, die door de patiënt ingevuld worden op de tabletcomputer, rechtstreeks in het EMD opgenomen kunnen worden. Tot op heden kan de ingevulde vragenlijst enkel geïmporteerd worden als pdf-bestand, maar de antwoorden worden nog steeds niet als parameter automatisch en op de correcte plaats in het EMD ingevuld.(9)

Jouck Els ging in haar masterproef de bruikbaarheid van de tablet na zowel voor patiënten als voor artsen. Uit dit onderzoek volgde dat patiënten de GMDplus tablet unaniem inschatten als bruikbaar medium: de tablet werd als superieur bestempeld ten opzichte van de papieren vragenlijst, de manier van invullen was voldoende eenvoudig om zelfstandig te kunnen bewerkstelligen, en de tijd nodig om de vragenlijst in te vullen, was aanvaardbaar. De meningen van de huisartsen met betrekking tot de bruikbaarheid van de tablet waren verdeeld. Het feit dat er geen koppeling bestaat met het EMD is duidelijk een struikelblok voor veel artsen. De interpretatieprocedure wordt er door bemoeilijkt, maar het heeft eveneens tot gevolg dat er van het hele GMDplus verhaal niets in het EMD komt te staan. EMD's met een geïntegreerde GMDplus vragenlijst worden hierdoor dan ook regelmatig als bruikbaar alternatief voorgesteld. Bovendien zijn hier ook geen extra kosten aan verbonden, wat bij de tablet wel het geval is. Deze kosten werden bij een kleine minderheid ook te duur bevonden. (10)

Demuynck Lieselotte bekeek in haar masterproef of informatisering een meerwaarde kan bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk. Zij maakte gebruik van een softwareapplicatie 'De Preventiecalculator'. Deze is ontwikkeld om gegevens van de vragenlijst van de gezondheidsgids en de informatie uit het dossier te integreren en zo een individueel preventieplan te berekenen. Hier is er een automatische terugkoppeling naar het EMD met aanpassing van planning en probleemlijst. Zij noteerde een hoge participatiegraad wat betreft het invullen van de vragenlijst (78%), maar geen enkele patiënt kwam op preventieconsult. (11)

VOORMETING

Vóór we startten met de interventie wilden we weten in welke mate de items belangrijk bij preventie reeds ingevuld waren in het dossier. Op 17/12/2014 maakten we een Excel-tabel op van alle

patiënten die geboren waren van 1940 tot en met 1970 én met een GMD bij iemand van de artsen in onze praktijk, zodat we het percentage van de ingevulde items konden bestuderen in onze doelpopulatie. In tabel 1 staan de resultaten van deze voormeting. Bij de voormeting werden 1245 patiënten geïncludeerd, waarvan 634 mannen en 611 vrouwen. We zien dat de rookstatus gekend is bij 61% van onze patiënten en de mate van beweging bij 43%. Het gewicht (84%) is vaker ingevuld dan de lengte (75%) en de buikomtrek is slechts bij 4% van de patiënten ingevuld. Bij 97% van de patiënten is er een bloeddruk ingevuld. De Tetanusstatus is in het dossier gekend bij 59% van de patiënten. 2,7% kreeg in het verleden een Pneumokokkenvaccinatie, maar natuurlijk vormt niet de hele doelpopulatie van dit onderzoek een indicatie voor een Pneumokokkenvaccinatie. Het alcoholgebruik is slechts gekend bij 0,2% van de patiënten. De consumptie van groenten en fruit was bij 37% ingevuld in het dossier. In het kader van het screenen naar depressie was de stemming en interesse bij 40% gekend. De familiale voorgeschiedenis (cardiovasculair, diabetes en colonpoliepen/kanker) was voor elke factor voor iets meer dan 40% ingevuld, terwijl de familiale voorgeschiedenis voor borst en ovariumcarcinoom voor 21% van de patiënten was ingevuld.

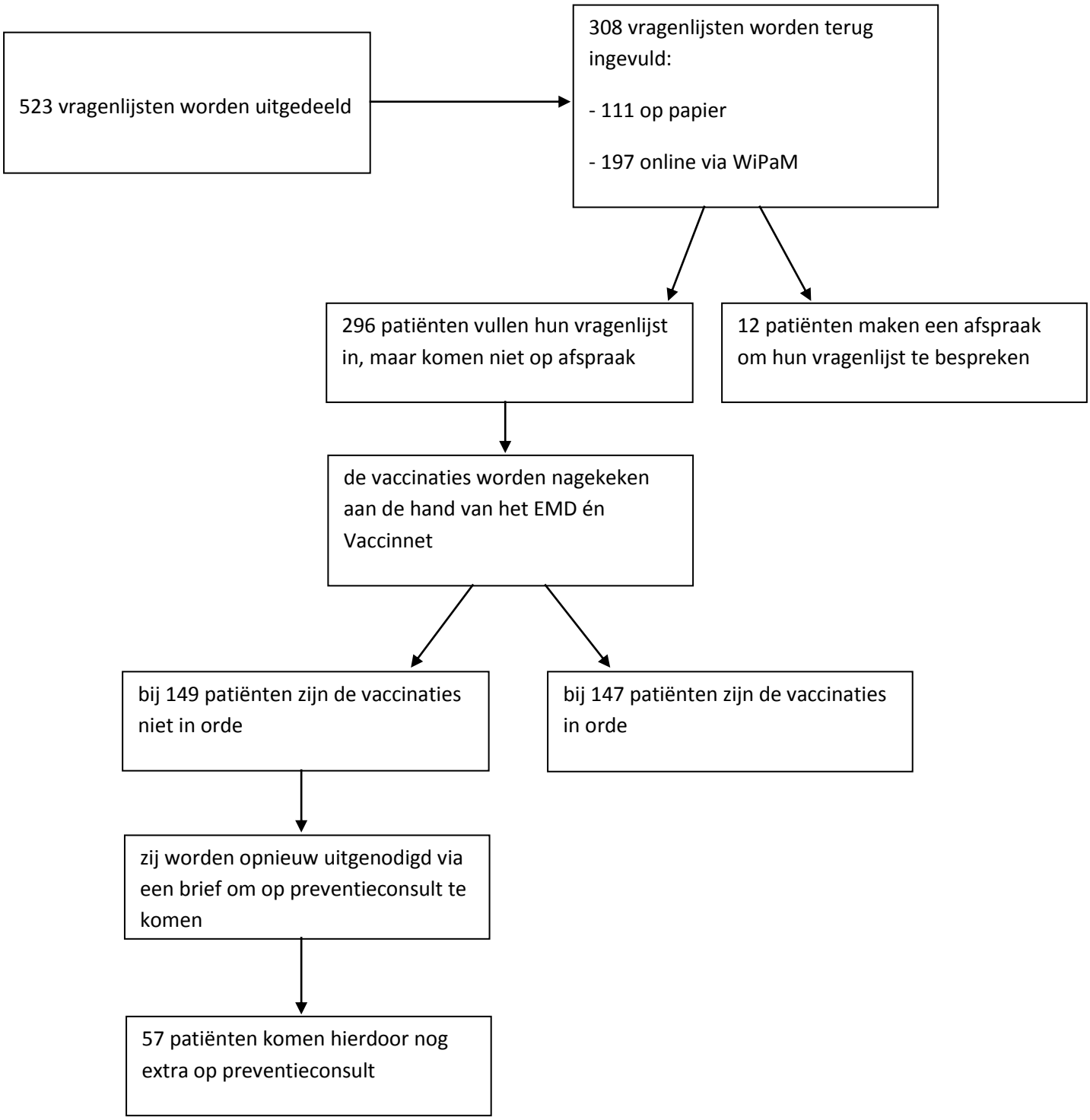
Voor de persoonlijke screening naar kanker hebben we jammer genoeg geen goede en bruikbare parameters in het preventiesjabloon GMD+ van Medidoc, dus deze hebben we bij de voormeting niet volledig kunnen ophalen. De problemen en onze bedenkingen hieromtrent worden bij 'Discussie' verder besproken. Voor de immunologische fecale occult bloedtesten (iFOBT's) zijn er twee parameters in het preventiesjabloon. Ten eerste de labo-parameter 'iFOBT'. Dit zijn de iFOBT's die door de huisartsen in de praktijk aangevraagd worden, deze parameter wordt automatisch vanuit het labo ingevuld in het preventiesjabloon. De tekst-parameter 'iFOBT' zijn de testen uitgevoerd door het bevolkingsonderzoek, deze worden niet automatisch ingevuld, maar kan de huisarts handmatig invullen.

| Preventie-items | Voormeting |
|---|---|
| Rookstatus | 61,2 % |
| Beweging | 42,5 % |
| Lengte | 75,2 % |
| Gewicht | 84,2 % |
| Bloeddruk | 96,6 % |
| Tetanusstatus | 59,3 % |
| Pneumokokkenvaccinatie | 2,7 % |
| Alcoholgebruik | 0,2 % |
| Groenten&fruit | 37,4 % |
| Interesse en activiteiten | 40,1 % |
| Stemming | 40,0 % |
| Familiale CV aandoeningen | 41,3 % |
| Familiaal diabetes | 42,4 % |
| Familiaal borstcarcinoom | 20,9 % |
| Familiaal ovariumcarcinoom | 20,6 % |
| Familiaal coloncarcinoom | 42,1 % |
| Familiaal colonpoliepen | 41,0 % |
| Buikomtrek | 4,4 % |
| Tekst-parameter iFOBT | 0,8 % |
| Labo-parameter iFOBT | |

Tabel 1: voormeting. Percentage van de items die reeds in het EMD ingevuld waren.

DE EERSTE FASE VAN HET ONDERZOEK

Alle fasen van de interventie staan schematisch voorgesteld in figuur 1.




Figuur 1: schematische weergave van de verschillende fasen van de interventie.

De eerste fase van het onderzoek liep van 01/01/2015 tot en met 31/05/2015. Tijdens deze periode gaven we elke patiënt, tussen 45 en 75 jaar die op raadpleging kwam bij één van de artsen uit de groepspraktijk én waarbij het GMD verlengd werd, een vragenlijst mee. De arts motiveerde de patiënten deze vragenlijst in te vullen én een afspraak te maken voor een preventieconsult. Op het einde van deze periode waren er 523 vragenlijsten uitgedeeld. In het totaal werden er 308 vragenlijsten ingevuld. De responsgraad die we bekomen voor het invullen van de vragenlijst is dus 59%. We kregen 111 vragenlijsten op papier terug en 197 vragenlijsten werden er online via WiPaM ingevuld. De verdeling was dus 36% voor de papieren versie en 64% voor de elektronische versie.

Vervolgens ging ik na of er een verschil is welke patiënten de vragenlijst schriftelijk of online invulden. Is er een onderscheid aan de hand van leeftijd? En is er een onderscheid aan de hand van het geslacht? Deze resultaten zijn te zien in tabel 2.

| **WiPaM** | | | |
|---|---|---|---|
| Leeftijdscategorie | Man | Vrouw | Totaal |
| 45 tem 54 jaar | 33 | 31 | 64 |
| 55 tem 64 jaar | 40 | 27 | 67 |
| 65 tem 74 jaar | 33 | 33 | 66 |
| | 106 | 91 | 197 |
| **Papier** | | | |
| Leeftijdscategorie | Man | Vrouw | Totaal |
| 45 tem 54 jaar | 8 | 14 | 22 |
| 55 tem 64 jaar | 17 | 16 | 33 |
| 65 tem 74 jaar | 28 | 28 | 56 |
| | 53 | 58 | 111 |

Tabel 2: patiëntkarakteristieken - ingevulde vragenlijsten.

Vanaf 01/06/2015 stopten we met vragenlijsten te verdelen, maar de patiënten konden nog steeds hun ingevulde vragenlijst binnen brengen en een afspraak maken voor een preventieconsult. Op dat moment veranderden we ook de boodschap op de flatscreens om de patiënten extra te motiveren om op afspraak te komen. Gedurende deze maanden bekeek ik ook de ingevulde vragenlijsten en vulde ik de gegevens reeds in in het protocol-gestuurd scherm van Medidoc in het dossier van de patiënt. Bij planning zette ik dan 'Bespreken preventieplan' zodat de arts de patiënt nog eens extra warm kon maken om een preventieconsult te plannen. Vervolgens bekeek ik gedurende de periode van 01/01/2015 tot 1/10/2015 hoeveel patiënten reeds op preventieconsult kwamen. Tijdens deze periode kwamen er 12 patiënten daadwerkelijk op preventieconsult. Dit is slechts 3,9% van de patiënten die hun vragenlijst invulden en slechts 2,3% van al de patiënten die een vragenlijst hadden meegekregen. Aangezien de opkomst voor een preventieconsult op deze manier zeer beperkt was, wilden we nog een extra interventie plannen om de patiënten alsnog het nut van een preventieconsult te doen inzien.

DE TWEEDE FASE VAN HET ONDERZOEK

De tweede fase van het onderzoek liep van 01/10/2015 tot en met 31/12/2015. We hebben dan besloten om één item uit de vragenlijst te kiezen, vervolgens te bekijken welke patiënten hiervoor niet in orde zijn, en deze patiënten aan te schrijven via een brief. We kozen voor de vaccinaties omdat dit eenvoudig terug te vinden is in het dossier en omdat patiënten gemakkelijk te motiveren zijn om hiervoor langs te komen. Aangezien verschillende patiënten in hun vragenlijst aangaven dat ze niet wisten wat hun vaccinatiestatus voor Pneumokokkken en/of Tetanus/Pertussis/Difterie was, keken we eerst de vaccinatiestatus in het dossier en op Vaccinnet na. Als de patiënten hiervoor op consultatie kwamen, werden uiteraard niet enkel hun vaccinaties nagekeken, maar werd de hele vragenlijst overlopen.

Van de 111 patiënten die een papieren vragenlijst hadden binnengebracht, waren 64 patiënten niet in orde met hun vaccinaties. Van de 197 patiënten die hun vragenlijst via WiPaM hadden ingevuld, waren er 85 niet in orde met vaccinaties.

Op 13/10/2015 verstuurden we 149 brieven via de post naar de patiënten die hun vragenlijst hadden binnengebracht en waarbij de vaccinaties niet in orde waren. De patiënten kregen de kans tot 31/12/2015 om een afspraak te maken voor een preventieconsult. De patiënten die na deze datum hun lijst nog wilden bespreken, werden niet meer geïncludeerd in deze studie.

Na het versturen van de brieven kwamen er nog 57 patiënten extra op preventieconsult. Tijdens de hele studie, die dus liep van 01/01/2015 tot en met 31/12/2015 kwamen er in totaal 69 patiënten op preventieconsult. Deze patiëntkarakteristieken zijn terug te vinden in tabel 3. Dit waren 33 mannen en 36 vrouwen. De verdeling in verband met hun leeftijd was als volgt: 7 patiënten in de leeftijdscategorie 45 tem 54 jaar, 12 patiënten in de leeftijdscategorie 55 tem 64 jaar en 50 patiënten in de leeftijdscategorie 65 tem 74 jaar. 72,5% van de patiënten die op preventieconsult kwamen behoorde dus tot de leeftijdscategorie van 65 tot en met 74 jarigen.

| Preventieconsult | | | |
|---|---|---|---|
| Leeftijdscategorie | Man | Vrouw | Totaal |
| 45 tem 54 jaar | 5 | 2 | 7 |
| 55 tem 64 jaar | 4 | 8 | 12 |
| 65 tem 74 jaar | 24 | 26 | 50 |
| | 33 | 36 | 69 |

Tabel 3: patiëntkarakteristieken - preventieconsult.

NAMETING

Tenslotte maakten we opnieuw een Excel-tabel met dezelfde patiëntenpopulatie als de voormeting. In tabel 4 staan de resultaten van deze nameting én voormeting naast elkaar.

We zien dat de rookstatus nu ingevuld is bij 67% van de patiënten. In welke mate de patiënten aan beweging doen is gekend bij 50% van de patiënten. Na de interventie staat de lengte genoteerd bij 79% en het gewicht bij 86% van de patiënten. De buikomtrek is gekend bij 6%. Er is een bloeddrukwaarde genoteerd bij 97% van de patiënten. De vaccinatiestatus voor Tetanus is nu gekend

bij 66% en de vaccinatiestatus voor Pneumokokken bij 4%. De familiale voorgeschiedenis voor het cardiovasculair risico en coloncarcinoom staat nu genoteerd bij 50% en voor diabetes bij 52% van de patiënten. Voor borst- en ovariumcarcinoom is de familiale voorgeschiedenis gekend bij 25% van de patiënten. De criteria voor het screenen naar depressie zijn ingevuld bij 44% van de patiënten. De consumptie van alcohol staat genoteerd bij 18% van de patiënten. Voor de iFOBT zijn er twee mogelijkheden in het protocol gestuurd scherm zoals ik hierboven bij 'Voormeting' reeds uitlegde. Bij de tekst-parameter zien we nu dat dit bij 13% van de patiënten is ingevuld, de labo-parameter bij 10%.

| Preventie-items | Voormeting | Nameting |
|---|---|---|
| Rookstatus | 61,2 % | 67,0 % |
| Beweging | 42,5 % | 49,8 % |
| Lengte | 75,2 % | 78,6 % |
| Gewicht | 84,2 % | 85,9 % |
| Bloeddruk | 96,6 % | 96,9 % |
| Vaccinatie Tetanus/Pertussis/Difterie | 59,3 % | 65,9 % |
| Pneumokokkenvaccinatie | 2,7 % | 3,7 % |
| Alcoholgebruik | 0,2 % | 17,7 % |
| Groenten&fruit | 37,4 % | 41,4 % |
| Interesse en activiteiten | 40,1 % | 43,8 % |
| Stemming | 40,0 % | 45,3 % |
| Familiale CV aandoeningen | 41,3 % | 50,4 % |
| Familiaal diabetes | 42,4 % | 51,8 % |
| Familiaal borstcarcinoom | 20,9 % | 25,3 % |
| Familiaal ovariumcarcinoom | 20,6 % | 24,9% |
| Familiaal coloncarcinoom | 42,1 % | 50,3 % |
| Familiaal colonpoliepen | 41,0 % | 49,8 % |
| Buikomtrek | 4,4 % | 5,5 % |
| Tekst-parameter iFOBT | 0,8 % | 13,3 % |
| Labo-parameter iFOBT | | 9,7 % |

Tabel 4: voor- en nameting. Percentage van de items ingevuld in het EMD tijdens de voor- en nameting.

## Discussie

In onze studie was de responsgraad voor het invullen van de vragenlijst 59%. Dit is zeker een goede responsgraad in vergelijking met de andere thesissen. We zagen dat er een duidelijk meer vragenlijsten elektronisch dan op papier ingevuld werden, aangezien ongeveer twee op drie van de patiënten ervoor kozen deze vragenlijst elektronisch in te vullen. Er was geen verschil te merken tussen de verschillende leeftijdscategorieën in het aantal patiënten dat de vragenlijst online invulde. Er was wel een duidelijk verschil merkbaar bij de vragenlijsten die op papier werden ingevuld. In de jongste leeftijdscategorie van patiënten tussen 45 en 54 jaar, vulden beduidend minder patiënten de vragenlijst op papier in. Bij de oudste leeftijdscategorie vulden er wel nog steeds meer patiënten de vragenlijst online in dan op papier. We kunnen hieruit concluderen dat de patiënten ondanks hun leeftijdscategorie bereid zijn en de mogelijkheid hebben om vragenlijsten online in te vullen.

We hebben hier wel enkele bedenkingen over het gebruik van WiPaM. De ingevulde vragenlijsten zowel op papier als online probeerden we reeds voor de patiënten op consult kwamen te verwerken. We dachten dat dit tijdsbesparend zou zijn op het moment dat de patiënt zelf op consultatie zou komen. We probeerden deze gegevens dus reeds in te vullen in het preventiesjabloon. Jammer genoeg hebben we dit moeten staken omdat dit veel te tijdsrovend was! Dit werk zou eventueel door een praktijkassistente of praktijkverpleegkundige kunnen gebeuren. Taakdelegatie biedt heel wat mogelijkheden naar de toekomst toe zodat huisartsen hun praktijk kunnen organiseren, hun werkdruk kunnen verlagen en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er zijn natuurlijk wel belangrijke organisatorische veranderingen nodig om dit mogelijk te maken. Het personeel moet een aangepaste opleiding genieten, bovendien is er nood aan logistieke ruimte voor deze assistente of verpleegkundige. Daarnaast zorgt het financiële aspect nog voor de grootste struikelblok. De invoering van Impulseo II heeft het delegeren van administratieve taken aan een secretaresse reeds mogelijk gemaakt. Maar voor het delegeren van medische taken aan een praktijkassistente of verpleegkundige is er tot op heden echter nog geen financiële ondersteuning, bijgevolg blijft dit te duur. (12)

Daarnaast is er een absolute nood aan gestandaardiseerde parameters die de uitwisselbaarheid van gegevens tussen verschillende platformen mogelijk maken. Het grote probleem met de meeste elektronische vragenlijsten en zo ook met WiPaM is dat er geen rechtstreekse gecodeerde koppeling met het EMD bestaat. In de toekomst zou het veel eenvoudiger zijn om de patiënten bijvoorbeeld jaarlijks een e-mail te sturen met een link naar de vragenlijst. Deze vragenlijst zouden de patiënten elektronisch kunnen invullen. Vervolgens zou het mogelijk moeten zijn om de gegevens van deze vragenlijsten automatisch, gecodeerd en op de correcte plaats te importeren in het EMD. Een labeling van het gegeven duidt dan aan of het element aangeleverd werd door de arts, de patiënt of andere zorgverleners. De huisarts kan deze extra informatie dan valideren of niet. We zouden deze methode van uitwisseling van medische gegevens ook verder kunnen doortrekken naar andere zorgverleners, bijvoorbeeld voor de opvolging van wondes, bloeddrukmetingen, ....  Tot op heden is deze uitwisseling van gegevens niet mogelijk. Vaak wordt dit toegeschreven aan het feit dat er teveel medische pakketten in omloop zijn, iedereen vaart zijn eigen koers. Maar is het niet een gemakkelijke optie om dit alleen toe te schrijven aan het teveel pakketten? Het ontbreekt aan gedrevenheid om gestandaardiseerde parameters in alle pakketten te implementeren. Op die manier kan elk zijn pakket behouden, maar is er wel een eenvoudige, gestructureerde uitwisseling van gegevens mogelijk.

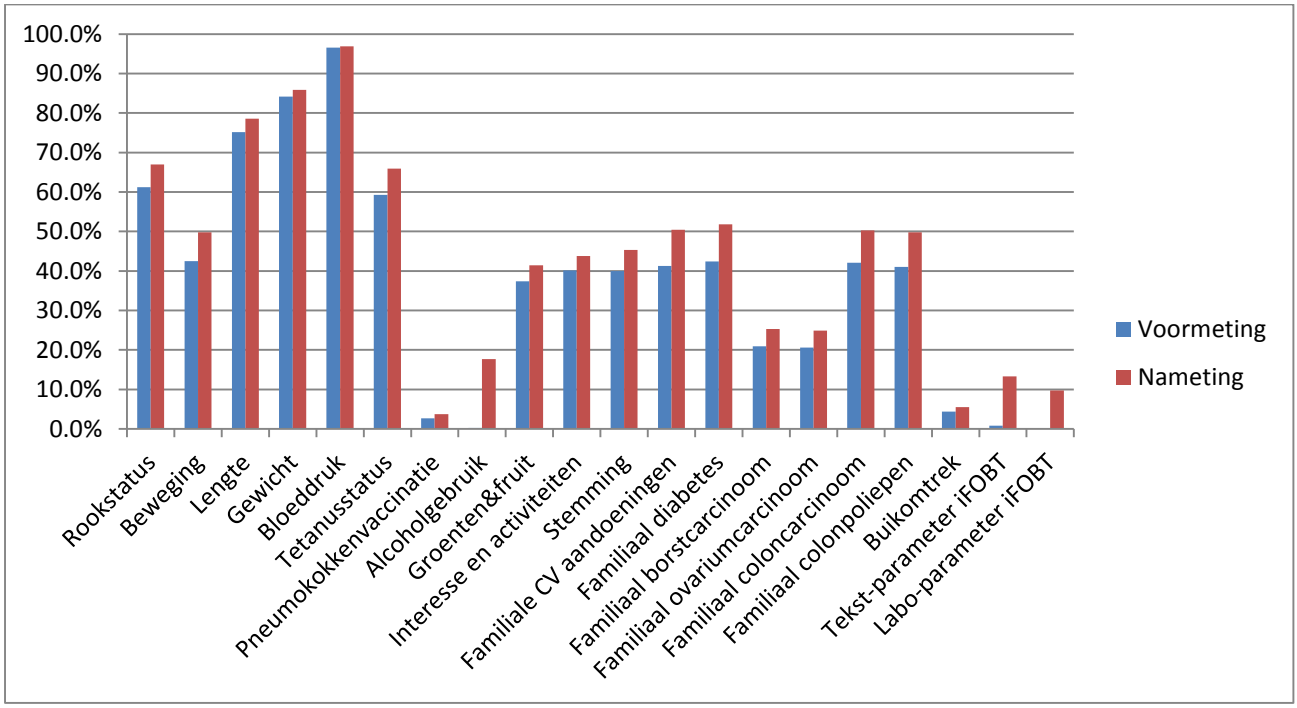
De opkomst voor een preventieconsult tijdens de eerste fase van het onderzoek was zeer beperkt. Tijdens deze periode kwamen 12 patiënten daadwerkelijk op preventieconsult. Dit is slechts 3,9% van de patiënten die hun vragenlijst invulden en slechts 2,3% van al de patiënten die een vragenlijst hadden meegekregen. De reden voor deze beperkte opkomst is niet geweten. Dachten de patiënten dat wij al deze gegevens gingen verwerken en de patiënten wel zouden oproepen als bijkomende onderzoeken nodig waren? De reden voor deze beperkte opkomst hebben we niet verder onderzocht.

Na de tweede fase van het onderzoek, die bestond uit het versturen van brieven naar de patiënten die hun vragenlijst hadden binnengebracht maar niet in orde waren met hun vaccinaties, kwamen er nog eens 57 patiënten extra op preventieconsult. Dit is dus een responsgraad van 38% van de patiënten die een brief hadden gekregen. De totale responsgraad voor een preventieconsultatie was dus 22,4%. We zagen dat er ongeveer evenveel mannen als vrouwen op preventieconsultatie

kwamen. Er was wel een groot verschil tussen de leeftijdscategorieën. Er kwamen beduidend meer patiënten uit de oudste leeftijdscategorie op preventieconsult, namelijk 72,5% van de patiënten die op preventieconsult kwamen behoorden tot de leeftijdscategorie van 65 tot en met 74 jarigen.

Een belangrijk punt in de evaluatie van dit praktijkproject was de vergelijking van de voor- en nameting. Dit staat schematisch weergegeven in figuur 2.

We zien dat voor elk preventie-item het dossier na de hele interventie beter ingevuld is. De grootste winst zien we bij het peilen naar het gebruik van alcohol. Voor deze studie was dit slechts ingevuld bij 0,2% van de doelpopulatie, na de interventie kennen we bij 17,7% de mate van alcoholconsumptie. Aangezien problematisch alcoholgebruik niet enkel kan leiden tot lichamelijke problemen, maar ook tot heel wat psychosociale en maatschappelijke problemen, vinden we het kort bevragen en noteren van de alcoholconsumptie toch belangrijk in de huisartsenpraktijk.




Figuur 2: vergelijking voor- en nameting.

Voor de rookstatus en mate van beweging zien we een stijging in ingevulde dossiers van respectievelijk 6 en 7%. Voor de screening naar depressie zien we ongeveer een stijging van ingevulde dossiers van 4%. Bij de familiale risicofactoren voor hart- en vaatzieken, diabetes en colonpoliepen en -kanker, zien we een stijging in ingevulde parameters van 9%, voor borst- en ovariumcarcinoom zien we een stijging van 4,5%.

Voor de vaccinatiestatus hebben we dus een extra interventie op poten gezet. De vaccinatiestatus voor Tetanus/Pertussis/Difterie was gekend bij 59% van de doelpopulatie, na de hele interventie was dit gekend bij 66%. Voor de Pneumokokkenvaccinatie is het verschil in voor- en nameting minder groot namelijk van 2,7% naar 3,7%. Dit komt natuurlijk doordat niet de hele doelpopulatie van 45 tot en met 74 jarigen in aanmerking komen voor een vaccinatie tegen Pneumokokken. Maar

ongetwijfeld is ook de kostprijs van dit vaccin een struikelblok geweest voor vele patiënten. Als het gegeven vaccin bij 'Inentingen' in Medidoc wordt geregistreerd, wordt er automatisch bij 'Planning' de datum voor de volgende vaccins weergegeven. Als er dus een vaccinatie herhaald moet worden, staat dit in het rood in de planning en springt dit direct in het oog. Uiteraard registreerden we ook alle vaccinaties die gegeven werden in Vaccinnet. We gingen na wat de vaccinatiegraad voor tetanus was bij volwassenen in België. In 2008 verscheen De Gezondheidsenquête door Jean Tafforeau in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. De vaccinatiegraad voor Tetanus bedroeg in 2008 in België 62%. Ze beschreven dat de vaccinatiegraad varieerde met de leeftijd: rond 80% in de leeftijdsgroep van 15 - 24 jaar, rond 70% bij de personen tussen 25 en 54 jaar, gevolgd door een progressieve vermindering om uiteindelijk 30% te worden bij personen van 75 jaar en ouder. (13)

Voor de persoonlijke screening naar kanker hebben we jammer genoeg geen goede en bruikbare parameters in het preventiesjabloon GMD+ van Medidoc. Het probleem is dat deze resultaten op verschillende manieren verwerkt worden. De uitstrijkjes die wij als huisarts genomen hebben, staan bij de labo-resultaten. De uitstrijkjes die door de gynaecologen genomen worden, kunnen staan bij labo-resultaten, maar het is ook mogelijk dat de gynaecoloog dit resultaat in zijn/haar brief aan ons meedeelt en dan is dit terug te vinden bij de inkomende brieven. Heel vaak krijgen we ook geen resultaat van deze uitstrijkjes die door de gynaecoloog genomen worden. De mammografieën komen ook bij brieven te staan. In de toekomst zou het mogelijk moeten zijn dat de radiologen hun resultaten van de mammografieën en dat de gynaecologen de resultaten van hun uitstrijkjes gecodeerd doorsturen. Zo kunnen de uitslagen automatisch als parameter in het dossier komen. Dit zou veel overzichtelijker zijn en komt de opvolging van deze patiënten ten goede.

Om de resultaten van de iFOBT's terug te vinden moeten we ook rekening houden wie de aanvrager van deze test was. Als de test door het bevolkingsonderzoek genomen werd, staat het resultaat bij de brieven. Als wij als huisarts de iFOBT aanvragen, staat dit resultaat bij de labo-uitslagen, en wordt dit automatisch ingevuld in de labo-parameter iFOBT met de datum van afname. We hebben met de collega's binnen onze praktijk afgesproken om de uitslagen van het bevolkingsonderzoek van de iFOBT, zelf gecodeerd in te vullen als tekst-parameter iFOBT.

Uit de voormeting zagen we dat slechts bij 0,8% van de doelpopulatie een resultaat als tekst-parameter iFOBT was ingevuld. Uit de nameting blijkt dat dit gestegen is tot 13,3%. We wilden eens bekijken hoe dat dit handmatig invullen door de artsen zelf verloopt: daarom maakten we een lijst van al de iFOBT's van onze patiënten die door het bevolkingsonderzoek zijn gebeurd sinds het begin van het bevolkingsonderzoek op 1 oktober 2013 tot en met 9 maart 2016. Dit waren 691 iFOBT's in het totaal waarvan er 47 reeds voor een tweede maal met dit bevolkingsonderzoek hadden meegedaan. Tijdens de nameting hadden wij handmatig 121 iFOBT's van het bevolkingsonderzoek als tekst-parameter gecodeerd ingevuld, terwijl dit er eigenlijk 644 hadden moeten zijn. Hieruit kunnen we concluderen dat het voor ons artsen niet haalbaar is om deze resultaten handmatig in te voeren. Tot op heden is het Centrum voor Kankeropsporing enkel bereid tekstverslagen te sturen die niet geparameteriseerd zijn. Als zij de resultaten van de testen als labo-parameter zouden doorsturen, komt dit automatisch geparameteriseerd in het EMD en dit zou dan de huisartsen veel werk besparen.

Professor Emeritus Van Damme J. beschrijft enkele oplossingen voor deze problematiek in een discussiedocument 'Elk zijn eigen dossier en toch één dossier. Welke toekomst voor het EMD?'. Hij beschrijft dat we in de toekomst zouden kunnen evolueren naar een situatie waarin elke

hulpverlener zijn eigen dossier behoudt, maar waarbij de overdracht van gegevens tussen brondossier en doeldossier eenvoudig verloopt. Bij het uitwisselen van gegevens is de structuur van de uitgevoerde gegevens zowel technisch als inhoudelijk het belangrijkst. In de mate dat het brondossier gestructureerd gegevens doorstuurt is het belangrijk dat het doeldossier deze structuur behoudt bij het invoeren, wat alleen mogelijk is bij elektronische communicatie. Een belangrijk item in dit dossier van de toekomst is de privacy. Al deze gestructureerde gegevens krijgen dan automatisch een privacy-level. Op deze manier krijgen al deze gegevens dan ook automatisch een toegangs-level afhankelijk van welk soort hulpverlener toegang wenst tot de gegevens. Zo kan dan via de authenticatie, autorisatie en controle op therapeutische band al dan niet toegang verleend worden tot elk gegeven. (14)

Ook het kennisdomein ICT van Domus Medica zoekt oplossingen voor deze problematiek van gegevensoverdracht. Zij vinden dat we moeten evolueren naar een 'gedeeld Persoonlijk Gezondheidsdossier' waarbij de patiënt copiloot wordt. Voordelen hiervan zijn dat de patiënt beter geïnformeerd is, gezondheidsgegevens kunnen tussen de patiënt en het zorgteam worden gedeeld en de patiënt kan zelf waardevolle informatie toevoegen aan zijn dossier. Het Vlaams Patiëntenplatform ziet het Persoonlijk Gezondheidsdossier als een elektronische toepassing waarmee patiënten via ICT-instrumenten toegang hebben tot hun gezondheidsgegevens, deze gegevens kunnen beheren en delen in een private, beveiligde en vertrouwelijke omgeving. (15)

In deze automatische integratie en uitwisselbaarheid van gegevens moeten we de komende jaren energie steken. Belangrijk is dat er weinig manuele interventie nodig is om de flow in stand te houden. Het zou in de toekomst dus waardevol zijn als deze resultaten geparameteriseerd worden doorgestuurd waarvoor gestructureerde sjablonen bestaan die alle pakketten kunnen lezen. Bovendien is dit ook belangrijk voor kwaliteitscontrole. Het is bijna onmogelijk om audits te doen van tekstbestanden. Dus voor de uitvoering van audits en kwaliteitscontrole is er een absolute nood aan het gebruik van gestructureerde parameters.

# Besluit

Tijdens dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd preventie op een succesvolle manier in onze praktijk geïntegreerd. In deze studie wordt duidelijk dat het invoeren van een preventieconsult tot een betere en correctere registratie leidt. Patiënten waren bereid om de vragenlijst elektronisch via WiPaM in te vullen. Het belangrijkste pijnpunt in dit verhaal is de grote tijdsinvestering die gepaard ging met het handmatig invullen van het EMD van de patiënt aan de hand van de ingevulde vragenlijsten. In de nabije toekomst zou er moeten nagedacht worden over een rechtstreekse gecodeerde koppeling tussen het EMD en de elektronische vragenlijst. Ook voor de screening naar kanker gaat er nu te veel informatie verloren. Een meer gestructureerde registratie is noodzakelijk bij gegevensdeling en -overdracht tussen huisartsen en specialisten.

We kunnen hieruit concluderen dat we moeten blijven overleggen met alle zorgverleners. Er is een absolute nood aan gestandaardiseerde parameters die de uitwisselbaarheid van gegevens tussen verschillende platformen mogelijk maken. We moeten evolueren naar een computer-omgeving. Met een pdf-bestand in het EMD zijn er niet meer mogelijkheden als de weinige mogelijkheden die we vroeger met de oude papieren dossiers hadden.

# Dankwoord

Bij het tot stand komen van deze MANAMA-thesis gaat mijn dank uit naar mijn promotor Dr. Hilde Philips voor de begeleiding van deze thesis.

Bijzondere dank gaat uit naar mijn praktijkopleider Dr. Patrick Coursier. Hij heeft mij begeleid in de zoektocht naar een boeiend onderwerp dat op praktijkniveau een belangrijke impact heeft gehad. Door zijn kennis over het EMD kon ik heel gemakkelijk aan de gegevens die ik nodig had voor dit project. Zijn aanvullingen, inzichten en feedback zorgden ervoor dat ik dit praktijkverbeterend project succesvol heb kunnen afronden.

Vervolgens ook dank aan de collega-artsen van de praktijk voor de hulp bij het uitdelen van de vragenlijsten en het motiveren van de patiënten.

Tot slot wil ik ook onze 2 secretaresses bedanken voor de hulp bij enkele administratieve taken.

# Referentielijst

1. Baeten R., Govaarts F., Jacobs L., Smets A., Smets K., Teughels S., Thijs G., Stighelen V. V. d., Herck J. V., Linden A. V., Vyver N. V. d and Wyffels P. 2011. Internet site Domus Medica. Gezondheidsgids. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/gezondheidsgids. Geraadpleegd 2014 oktober 1.

2. Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017. Beschikbaar via http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Akkoord_artsen_ziekenfondsen_2016_2017.pdf Geraadpleegd 2016 maart 1.

3. Nieuwigheden inzake het GMD vanaf 45 jaar. Beschikbaar via http://www.artsenwijzer.be. Geraadpleegd 2016 maart 1.

4. WiPaM telegeneeskunde platform. Beschikbaar via http://www.ixsys.eu.Geraadpleegd op 2014 december 20.

5. Bosmans T. Introductie van de gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2012.

6. Cools I. Hoe organiseer je het gebruik van het GMDPlus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.

7. Delanoye A. Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk. Bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.

8. Feys C, Fouvry J. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids) in de huisartsenpraktijk: Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2012.

9. De digitale versie van het GMD+ met het kwaliteitslabel van de gezondheidsgids van Domus Medica. Internet site, Science Tribune/Medicale Time Management. Beschikbaar via http://www.gmdplus.be. Geraadpleegd 2016 maart 1.

10. Jouck E. GMD-Plus registratie met behulp van de tablet in Limburgse huisartsenpraktijken: efficiënt of kan het beter? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2015.

11. Demuynck L. De brug tussen preventie en EMD 'Kan informatisering een meerwaarde bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk?' Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2012.

12. Schuerman E. Praktijkorganisatie voor dummies: een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.

13. Gezondheidsenquête België, 2008. Internetsite. Beschikbaar via https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his08nl/r2/9.vaccinatie_r2.pdf

14. Prof. em. dr. Van Damme J. Elk zijn eigen dossier en toch één dossier. Welke toekomst voor het EMD? Beschikbaar via http://www.mgc.be/nl/bezoekers/statements. Geraadpleegd 2015 maart 15.

15. Geudens L. Het (gedeelde) Persoonlijk Gezondheidsdossier. De patiënt wordt copiloot. Huisartsnu november-december 2015; 6: 256-261

# Bijlage

Bijlage 1: Vragenlijst

Dr. Jan Joris
Dr.Patrick Couriser
Dr. Geert Potloot
Dr. Valérie Gosssens
Dr. Tinne Wuyts

## PERSOONLIJK PREVENTIEPLAN

***Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk, een praktijkverbeterend project.***

Als huisarts hebben we de taak om uw gezondheid te behartigen, niet alleen wanneer u ziek bent maar ook naar de toekomst toe. Tijdens de routine consultaties vinden we vaak onvoldoende tijd om dieper in te gaan op de verschillende aspecten van preventie. Daarom vinden we het belangrijk om meer aandacht te schenken aan de GMD+ dossiers in onze praktijk. Het GMD+ is een uitbreiding van het globaal medisch dossier voor patiënten tussen 45 en 75 jaar en omvat een preventieve medische check-up. Preventie heeft als doel om bepaalde ziektes of risico's vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Dr. Tinne Wuyts zal in het kader van haar afstudeerproject een onderzoek doen over de implementatie van het preventieconsult in onze praktijk.

U kunt hiervoor een afspraak maken bij één van de artsen in onze praktijk, bij voorkeur Dr Wuyts. Gelieve steeds te vermelden dat het om een preventie-consult gaat.

Vóór u naar dit preventie-consult komt, vult u ofwel de vragenlijst in bijlage in of de **vragenlijst online** (dit laatste heeft onze voorkeur). Dan gaat u naar https://gmd.wipam.net/ Op de eerste pagina moet er een code ingevuld worden namelijk **drcrsr61**
De afgedrukte vragenlijst bevat in de tweede kolom de gegevens die reeds in het dossier ingevuld staan. Komen deze gegevens overeen met uw huidige situatie mag u het vakje OK aankruisen. Komen de gegevens niet overeen met uw huidige situatie of hebben we nog geen gegevens, dan vult u de laatste kolom in.

We overlopen deze vragenlijst dan samen tijdens het consult.

| Betreft: Naam, Geboortedatum, Rijksregisternummer | Reeds geregistreerde gegevens | = OK | ofwel |
|---|---|---|---|
| • Hebt u een te hoge bloeddruk?<br>• Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?<br>• Hebt u diabetes (suikerziekte)? | | ☐ OK<br>☐ OK<br>☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen ☐ Onbekend<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen |
| • Hebt u een hart- of vaatziekte gehad?<br>• Uw cholesterol<br>• Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?<br>• Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)? | | ☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen |
| • Rookt u?<br>• Eet u dagelijks groenten<br>• en fruit?<br>• Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag? | /<br>stuks<br>stuks | ☐ OK<br>☐ OK<br>☐ OK<br>☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen ☐ Ooit gerookt<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen |
| • Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?<br>• Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?<br>• Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?<br>• Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes? | | ☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen |
| • Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden? | | ☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen ☐ Onbekend |
| • Bent u long- of nierpatiënt? | | | ☐ Ja ☐ Neen |
| • Voor vrouwen: komt er borstkanker voor in uw familie?<br>• Voor vrouwen: komt er eierstokkanker voor in uw familie?<br>• Voor vrouwen: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?<br>• Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? | | ☐ OK<br>☐ OK<br>☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen datum ☐<br>☐ Ja ☐ Neen datum ☐ |
| • Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus? | | ☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| • Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week? | / /per keer | ☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen ☐ glazen/w |
| • Hebt u het voorbije jaar meer alcoholhoudende dranken gedronken of<br>• meer geneesmiddelen ingenomen dan u wilde?<br>• Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken<br>• of geneesmiddelen innemen?<br>• Werd U de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid ?<br>• Had U weinig interesse of plezier in de dingen die U deed ?<br><br>➔ ➔Wenst u hierbij hulp? | | ☐ OK<br><br>☐ OK<br><br>☐ OK<br>☐ OK | ☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br>☐ Ja ☐ Neen<br><br>☐ Ja ☐ Neen |

Bijlage 2: Informatiebrief

## Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk, een praktijkverbeterend project.

Beste patiënt,

Als huisarts hebben we de taak om uw gezondheid te behartigen, niet alleen wanneer u ziek bent maar ook naar de toekomst toe. Tijdens de routine consultaties vinden we vaak onvoldoende tijd om dieper in te gaan op de verschillende aspecten van preventie. Daarom vinden we het belangrijk om meer aandacht te schenken aan de GMD+ dossiers in onze praktijk. Het GMD+ is een uitbreiding van het globaal medisch dossier voor patiënten tussen 45 en 75 jaar en omvat een preventieve medische check-up. Preventie heeft als doel om bepaalde ziektes of risico's vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Dr. Tinne Wuyts zal in het kader van haar afstudeerproject een onderzoek doen over de implementatie van het preventieconsult in onze praktijk.

Het preventieconsult vindt plaats op vrijwillige basis. Als u liever niet op preventieconsult wenst te komen, zal dit uiteraard geen gevolgen hebben voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Hoe pakken we dit aan?
Aan de hand van een vragenlijst zullen wij uw persoonlijke en familiale risicofactoren overlopen en bespreken. Er zullen verschillende thema's aan bod komen zoals levensstijl, risico op hart- en vaataandoeningen, vaccinaties, screening naar dikkedarm-, borst-, en baarmoederhalskanker,… Met de bekomen resultaten kunnen we een individueel preventieplan opstellen ter verbetering van uw gezondheid.

En nu concreet?
U kunt hiervoor een afspraak maken bij één van de artsen in onze praktijk, bij voorkeur bij Dr Wuyts. Gelieve steeds te vermelden dat het om een preventie-consult gaat. Vóór u naar dit preventie-consult komt, vult u de vragenlijst in bijlage in. U kan er ook voor kiezen om de vragenlijst online in te vullen. Dan gaat u naar https://gmd.wipam.net/ Op de eerste pagina moet er een code ingevuld worden namelijk **drcrsr61**
We overlopen deze vragenlijst dan samen tijdens het consult. We zetten deze bijkomende gegevens dan in uw medisch dossier en deze worden hier dan ook bewaard. De vragenlijsten zowel online als schriftelijk worden na het plaatsen van de gegevens in uw dossier vernietigd.

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

Indien u hierover nog vragen heeft, kunt u terecht bij één van de artsen.
Met dank voor uw medewerking,
Dr. Patrick Coursier
Dr. Jan Joris
Dr. Geert Potloot
Dr. Valérie Goossens
Dr. Tinne Wuyts

Bijlage 3: Informed consent + toestemmingsformulier

# Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk, een praktijkverbeterend project.

**TOESTEMMINGSFORMULIER**
Bestemd voor de STUDIEDEELNEMER
Naam en voornaam patiënt : …….

1. Ik bevestig dat Dr. ……(naam informerende arts)

mij voldoende ingelicht heeft over de aard en het doel van deze studie en de mogelijke voor- en nadelen ervan.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie volledig 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 geanomiseerd. De gegevens die ik invul in de vragenlijst (schriftelijk of online) worden rechtstreeks in mijn medisch dossier ingebracht. Nadien worden de vragenlijsten vernietigd. De gegevens worden anoniem gebruikt in een studie, er zal geen terugkoppeling meer mogelijk zijn naar individuele patiënten. In overeenstemming met de Belgische wetgeving betreft registratie en persoonsgegevens. Het medisch beroepsgeheim, de wettelijke bepalingen aangaande privacy en de verwerking van persoonsgegevens (conform de Belgische wet van 8 december 1992), alsook de wet inzake rechten van de patiënt (conform de Belgische wet van 22 augustus 2002) worden hierbij gerespecteerd.
Ik geef mijn toestemming dat mijn persoonlijke gegevens, in het bijzonder de gegevens die in het kader van deze studie verzameld worden, elektronisch bewaard en geëvalueerd worden.

- Deze gegevens mogen opgenomen worden in mijn elektronisch medisch dossier bij mijn huisarts.
- Deze gegevens mogen anoniem gebruikt en geanalyseerd worden in de studie.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UAntwerpen en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en 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. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de UAntwerpen toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. 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.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

**Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.**

**Datum_____ Handtekening _____**
**Patiënt**

Bestemd voor de ONDERZOEKER
Ik heb aan bovengenoemde patiënt uitgelegd wat de studie inhoudt en wat de bedoeling is. Ik heb alle vragen zo goed mogelijk beantwoord. Ik heb aan de studiedeelnemer een kopie van het toestemmingsformulier gegeven.
Datum_____ Handtekening _____
Informerende arts

Bijlage 4: Herinneringsbrief

# Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk.

Beste Mevrouw/Meneer, Mol, datum

Als huisarts is het niet alleen onze taak om u te genezen wanneer u ziek bent. Wij staan ook in voor gezondheidspreventie bij onze patiënten. Er zijn een heleboel aandoeningen die we preventief kunnen aanpakken door er tijdig op in grijpen!

In het begin van dit jaar kregen daarom al onze patiënten tussen 45 en 75 jaar een vragenlijst mee over preventie. We kregen veel ingevulde vragenlijsten terug. Waarvoor onze dank! We proberen al deze bijkomende gegevens over uw gezondheid te verwerken. Dit vraagt natuurlijk veel tijd.

We zagen dat er één of meerdere items over preventie bij u niet orde waren. Dit kan gaan over vaccinaties, screening naar kanker, preventie van hart- en vaataandoeningen,… Met deze brief willen we u hieraan helpen herinneren. U kan een afspraak voor een preventie-consult maken om de vragenlijst te bespreken. Tijdens dit consult worden de items die niet in orde zijn besproken en na overleg met u in orde gemaakt.

De implementatie van het preventie-consult in onze praktijk kadert in het afstudeerproject van Dr. Tinne Wuyts. Daarom vragen we om bij voorkeur bij haar een afspraak te boeken voor het preventie-consult.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Patrick Coursier
Dr. Jan Joris
Dr. Geert Potloot
Dr. Valérie Goossens
Dr. Tinne Wuyts

Huisartsencentrum Millegem
Milostraat 38
2400 Mol
TEL: 014/34.77.77
www.hcmillegem.be

Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. S. BARTHOLOMEEUSEN

Universiteit Antwerpen
Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

***Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk, een praktijkverbeterend project. (manama huisartsgeneeskunde Tinne Wuyts)***

**Belgisch Registratienummer: B300201525885**

12/10/2015 15/25/267

Annelies Van Looy / Kim Vernimmen
ethisch.comite@uza.be

**DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES**

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 12/10/2015.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker dr. Wuyts
- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 3 aangepaste versie 26/09/2015
- Protocol versie 3 aangepaste versie 26/09/2015
- Vragenlijst(en) persoonlijk preventieplan, versie 5 aangepaste versie 26/09/2015

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. MICHIELSEN
Waarnemend Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. T. WUYTS, NVT, Kleineduinberg 5 - 2470 Retie
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

# Samenstelling Ethisch Comité sinds 12/10/2015

## Voorzitter
## Prof. Dr. P. Cras

VOORZITTER
Prof. dr. P. Cras

SECRETARIAAT
Tel 03 821 38 97
Tel 03 821 35 44

### Leden aanwezig op vergadering van 12/10/2015

| Leden | Functie | Geslacht | Aanwezig |
|---|---|---|---|
| BERVOETS An | Dermatoloog | V | ☐ |
| BLAUMEISER Bettina | Medisch geneticus | V | ☑ |
| COOLS Nathalie | Postdoctoraal Onderzoeker Hematologie | V | ☑ |
| CRAS Patrick | Voorzitter EC / Neuroloog | M | ☐ |
| DECKERS Lara (*) | Medewerkster Dep. Onderzoek (CMI) | V | ☑ |
| DE MEESTER Ingrid (*) | Farmacoloog / Onderzoeker UA | V | ☑ |
| DE WINTER Benedicte | Farmacoloog | V | ☐ |
| HUIZING Manon | Oncoloog | V | ☐ |
| IEVEN Greet | Ondervoorzitter EC / Klinisch Bioloog | V | ☑ |
| LEMMENS Katrien (*) | Farmacoloog / Toegevoegd expert | V | ☑ |
| LEMMENS Willem (*) | Filosoof / Onderzoeker UA | M | ☐ |
| LUYTEN Leon | Arts in het beheer van gezondheidsgegevens/ Toegevoegd expert | M | ☑ |
| MAMPAEY Els | Psychologe | V | ☐ |
| MICHIELS Barbara (*) | Huisarts | V | ☑ |
| MICHIELSEN Peter | Gastro-enteroloog / Toegevoegd expert | M | ☑ |
| MICHIELSENS Inge | Jurist / Toegevoegd expert | V | ☑ |
| NORGA Koenraad | Pediater / Toegevoegd expert | M | ☐ |
| SMETS Erika | Oftalmoloog | V | ☐ |
| STASSIJNS Gaëtane | Fysioloog / Toegevoegd expert | V | ☐ |
| STRUYF Filip | Kinesitherapeut / Toegevoegd expert | M | ☐ |
| THEUNIS Bea | Apotheker | V | ☐ |
| VAN BOGAERT Peter | Docent UA Verpleeg- en Vroedkunde / Toegevoegd expert | M | ☐ |
| VAN BORTEL Paulus (*) | Filosoof | M | ☐ |
| VAN BROECKHOVEN Christine | Biomedicus / Onderzoeker UA | V | ☐ |
| VAN DE WIELE Miranda | Patiëntenbegeleiding | V | ☑ |
| VAN DEN EEDE Filip | Psychiater | M | ☑ |
| VAN GENECHTEN Nancy | Verpleegkunde | V | ☐ |
| VAN REEMPTS Patrick | Neonatoloog | M | ☐ |
| VANSWEEVELT Thierry | Jurist | M | ☐ |

(*) niet verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 6: Protocol ethisch comité

Protocol – studieopzet

TITEL

Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk, een praktijkverbeterend project.

INLEIDING

Tijdens de consultaties hebben we onvoldoende tijd om dieper in te gaan op de verschillende aspecten van preventie. Hierdoor zijn de GMD+ dossiers vaak niet volledig ingevuld. Toch vinden we preventie een belangrijk onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg.
We vragen ons af hoe we de patiënten kunnen motiveren om een individueel preventieplan te laten opstellen en op welke manier we het preventieplan kunnen integreren in de dagelijkse workflow van de praktijk.

ONDERZOEKSVRAAG

We willen de responsgraad nagaan: hoeveel patiënten zijn er gemotiveerd om de vragenlijst schriftelijk en online in te vullen? En hoeveel patiënten maken daadwerkelijk een afspraak om deze vragenlijst te bespreken?
Zijn de GMD- dossiers na de interventie beter ingevuld? Dit is een belangrijk punt in de evaluatie van de interventie. We maken dus een status op van enkele items uit de vragenlijst en evalueren dit aan de hand van het EMD.
Zijn er mogelijkheden om al de gegevens die we kunnen verzamelen via vragenlijsten automatisch te importeren in het dossier?

METHODE

Ik maak eerst een status op vóór de interventie. In welke mate zijn de parameters belangrijk bij preventie reeds ingevuld in het dossier? Ik stel een lijst op aan de hand van statistische functies in Medidoc. Vervolgens hebben we ervoor gekozen om op 01/01/2015 reeds met de interventie te starten. We geven elke patiënt tussen de 45 en 75 jaar waarbij het GMD verlengd wordt een vragenlijst met informatiebrief mee. Deze vragenlijst drukken we af vanuit het protocol gestuurd scherm GMD+ in Medidoc en is gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. Deze vragenlijst is persoonlijk: de gegevens die we reeds in het dossier hebben, worden automatisch ingevuld en de patiënt kan de lijst verder aanvullen/verbeteren. Deze vragenlijst wordt vooraf gegaan door een tekst waarbij de patiënt het belang van preventie wordt uitgelegd, maar waarbij de patiënt ook de mogelijkheid wordt aangeboden om de vragenlijst online via Wireless Patient Monitoring (WiPaM) in te vullen. WiPaM is een platform voor telegeneeskunde en bevat een GMD+ module die toelaat om patiënten uit te nodigen de GMD+ vragenlijst thuis in te vullen. Deze online tool geniet ook onze voorkeur: het ultieme doel is immers dat deze gegevens automatisch geïmporteerd kunnen worden in het EMD. De patiënten worden aan dit praktijkproject nog eens extra herinnerd via een motiverende boodschap op de flatscreens in de wachtzaal.

- Inclusiecriteria: patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD bij één van de artsen van de groepspraktijk. We geven de vragenlijsten mee als het GMD vernieuwd wordt tussen 01/01/2015 en 31/05/2015.
- Exclusiecriteria: patiënten die niet op consultatie kunnen komen: patiënten in een rusthuis of in een instelling, wilsonbekwame patiënten, palliatieve patiënten. De vragenlijst zowel schriftelijk als online op WiPaM is enkel in het Nederlands opgesteld. Anderstalige patiënten geven we ook geen vragenlijst mee.
- Steekproefgrootteberekening: alle patiënten die in aanmerking komen aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria geven we de vragenlijst mee tijdens een consultatie waarbij ook het GMD verlengd wordt tussen 01/01/2015 en 31/05/2015.

De gegevens van de vragenlijsten die we op papier binnenkrijgen, vul ik reeds in in het protocol gestuurd scherm GMD+. Bij planning zet ik dan 'Bespreken preventieplan'. Als deze patiënt op consultatie komt voor acute/chronische pathologie, kan de arts hem hier nog eens op attent maken dat hij kan langskomen om de gegevens te bespreken en een persoonlijk preventieplan te laten opstellen. Ook de ingevulde vragenlijsten op WiPaM kan ik zo handmatig in het dossier invullen. Maar we vrezen dat dit onbegonnen werk is... We bekijken hoe we deze gegevens automatisch kunnen importeren in het EMD. Van zodra ik de gegevens in het medisch dossier ingevuld heb, worden de vragenlijsten vernietigd.

Deze studie wil enerzijds preventie voor de patiënt verbeteren. We vullen de parameters op de correcte plaats in het dossier in zodat we hier blijvend rekening mee kunnen houden. In mijn studie wil ik graag bekijken of de preventie dossiers beter zijn ingevuld na de interventie. Voor de interventie kijk ik welke preventiemodules goed zijn ingevuld en bij welke modules veel gegevens ontbreken. Dit doe ik aan de hand van statische functies in Medidoc. Na de interventie maak ik dezelfde status op en kijk of we een verbetering zien in het aantal ingevulde dossiers. Ik bekijk ook hoeveel patiënten bereid zijn om op raadpleging te komen om deze gegevens te bespreken. Anderzijds willen we een manier zoeken om aan praktijkverbetering te doen door de gegevens die we via WiPaM binnen krijgen automatisch en op de correcte plaats in te voeren in het EMD. Dit kan het organiseren van preventie in de toekomst voor de praktijk veel eenvoudiger maken.

De tijdslijn die ik wil volgen tijdens mijn studie:

- Eind 2014: opstellen status voor de interventie. Welke gegevens zijn reeds ingevuld in het dossier? Opstellen lijst aan de hand van statische functies in Medidoc.
- 01/01/2015: begin studie. Bij elk GMD+ dat verlengd wordt, geeft de arts de vragenlijst en informatie mee met de patiënt.
- Van de vragenlijsten/elektronische formulieren die we terug krijgen, zet ik de gegevens reeds in het dossier. In de planning zet ik de boodschap: ‘Bespreken preventieplan.’
- 05/2015: herevaluatie: hoeveel vragenlijsten hebben we uitgedeeld en hoeveel vragenlijsten hebben we terug binnengekregen? Hoeveel patiënten zijn reeds op preventieconsult geweest?
- 01/06/2015: we passen onze boodschap op de flatscreens in de praktijk aan en proberen de patiënten extra te motiveren om op preventieconsult te komen.
- 11/2015: afsluiten van de studie. We stellen een lijst op met de status na de interventie. Bekijken en verwerken van de resultaten.

Haio: Tinne Wuyts
PO: Patrick Coursier
Versienummer: 3
Versiedatum: 26/09/2015