WAT WEERHOUDT PATIËNTEN ERVAN OM DEEL TE NEMEN AAN HET PREVENTIECONSULT?

Haio: Marieke PRIEM
VUB
Promotor: Prof. Dr. Sara WILLEMS
Co-promotor: Dr. Diego SCHRANS
Praktijkopleider: Dr. Nele VANDENBEMPT

Context: Onze bevolking vergrijst en aandoeningen die te voorkomen zijn, zoals kanker en cardiovasculaire ziektes, zijn tegenwoordig de belangrijkste doodsoorzaken. Preventie wordt dus steeds belangrijker en de huisarts is daarin een sleutelfiguur. Preventieprogramma's op populatieniveau, aangeboden door de huisarts, kunnen leiden tot een belangrijke reductie van morbiditeit en mortaliteit. In Vlaanderen bestaat er sinds 2010 de gezondheidsgids, een initiatief van Domus Medica om de huisarts te ondersteunen in zijn preventiebeleid in een speciaal daarvoor voorziene consultatie, het preventieconsult. Met de hulp van een vragenlijst worden risico's en aandoeningen opgespoord en wordt een individueel preventieplan opgesteld.
Het nut van dergelijke gesystematiseerde preventie is reeds in verschillende landen aangetoond maar in onze praktijk en bij anderen, wordt steeds opnieuw vastgesteld dat de interesse bij de patiënten laag is. Wij vragen ons af waarom, vooral in onze forfaitaire setting waar de kost geen rol zou mogen spelen. We onderzoeken daarom wat de redenen zijn om hieraan deel te nemen en anderzijds wat de patiënten ervan weerhoudt. Wegens de uitgebreidheid van deze onderzoeksvraag, wordt deze opgesplitst op in twee aparte werkstukken.

Onderzoeksvraag: Wat weerhoudt patiënten ervan deel te nemen aan het preventieconsult (in een forfaitaire stadspraktijk)?

Methode: Via een literatuurstudie en twee focusgroepen worden een aantal veel voorkomende barrières bepaald. Aan de hand ervan wordt een vragenlijst samengesteld en naar 150 patiënten gestuurd. De resultaten worden verzameld en een beschrijvende analyse wordt uitgevoerd.

Resultaten: 28 van de 150 enquêtes worden ingevuld en teruggestuurd (respons ratio 18,7%) voornamelijk door vrouwen en uit de leeftijdsgroep 45-55 jaar. Drie stellingen springen eruit: geen uitnodiging of herinnering gekregen hebben (75%), reeds goed zorg dragen voor zijn eigen lichaam of goed opgevolgd worden door de huisarts (53,6%) en niet weten wat preventie is (42,8%). 28,6% heeft andere prioriteiten, 25% heeft onvoldoende tijd en eveneens 25% komt niet omdat niemand in zijn omgeving deelgenomen heeft. Geen interesse, vrees voor financiële kosten, slechte ervaringen met preventie en/of gezondheidszorg en angst dat het consult te confronterend zou zijn, worden laag gescoord, in tegenstelling tot de literatuur. Bij vrouwen speelt angst een belangrijker rol dan bij mannen: 27,8% zegt schrik te hebben voor het resultaat, 22,2% voor eventuele onderzoeken, 16,6% komt liever niet uit vrees dat het te confronterend zal zijn en 11,1% omdat ze extra financiële kosten vrezen. De resultaten worden ook vergeleken per leeftijdsgroep, gezinssituatie, opleidingsniveau, religie en land van herkomst maar hier worden geen belangrijke verschillen waargenomen.

Conclusies: Drie factoren blijken belangrijk te zijn, namelijk geen uitnodiging of reminder hebben gekregen, reeds goed zorg dragen voor zijn eigen lichaam of voldoende opgevolgd worden door de arts en tenslotte niet weten wat het preventieconsult is of wat het precies inhoudt. In de praktijk moet getracht worden de patiënten op een actieve en persoonlijke manier te informeren en uit te nodigen, tijdens een raadpleging. Een goed ingevuld EMD speelt hierbij een belangrijke rol en kan bij het uitleggen van het preventieconsult helpen de informatie af te stemmen op de patiënt. Informatieve brochures kunnen de bewustmaking en educatie van de patiënt ondersteunen. Het is belangrijk dat deze in meerdere talen beschikbaar zijn (zeker in een multiculturele praktijk als deze) en eenvoudige, op de patiënt afgestemde informatie geven. Ook de media en de overheid kunnen hierin een rol spelen.

E-mail: priem.marieke@gmail.com
ICPC code A44

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding.....1
2. Literatuuronderzoek.....5
    2.1. Zoekstrategie.....5
    2.2. Barrieres.....5
    2.3. Stimuli.....8
    2.4. Sociodemografische factoren.....9
    2.5. Gezondheidspromotie en gedragsveradering.....10
    2.6. Besluit.....11
3.Methodiek.....12
    3.1. Focusgroepen.....12
    3.2. Vragenlijsten.....13
4.Resultaten.....16
    4.1. Focusgroepen.....16
        4.1.1 Sociodemografische gegevens.....16
        4.1.2 Stellingen.....16
    4.2. Vragenlijsten.....19
        4.2.1 Sociodemografische gegevens.....19
        4.2.2 Stellingen.....20
5.Discussie.....26
    5.1. Opvallende punten.....26
    5.2. Algemene opmerkingen.....31
    5.3. Oplossingen.....32
    5.4. Nieuwe onderzoeksvragen.....33
6.Conclusie.....35
7.Referenties.....37
8.Bijlagen.....40

1. INLEIDING

De Belgische bevolking wordt steeds ouder, de levensverwachting anno 2011 is 82,9 jaar voor vrouwen en 77,8 jaar voor mannen.[1] Deze vergrijzing heeft uiteraard een impact op de zorg en zijn prioriteiten.
Het aantal mensen met een chronische ziekte zal sterk toenemen de komende decennia. De wereldwijde prevalentie van diabetes mellitus wordt verwacht toe te nemen met 54% van 2010 tot 2030.[2] Chronische ziektes zijn verantwoordelijk voor een belangrijke belasting voor zowel het individu als het gezondheidszorgsysteem. Bijgevolg wordt verwacht dat de druk op de gezondheidszorg enorm zal toenemen en dat het bewaren van een goede kwaliteit van zorg onbetaalbaar zal zijn.[3] Om de last te doen afnemen en de zorg betaalbaar te houden, moet de focus verlegd worden van het behandelen van het individu met een aandoening naar preventie, geriatrische zorg en aanpak van chronische aandoeningen om de *healthy years of life* te maximaliseren. Maatregelen om de gezondheid te verbeteren en ziekte te voorkomen moeten zich vooral richten op de werkende populatie.[4]

De belangrijkste doodsoorzaken in ons land zijn cardiovasculaire aandoeningen (34%), kanker (29%) en externe oorzaken (8%). Belangrijke gezondheidsproblemen die hiermee verband houden zijn obesitas en roken. Verder zorgen neuropsychiatrische aandoeningen voor de hoogste *burden of disease.*
Focus op primaire preventie, zijnde reductie van risicofactoren bij gezonde personen, kan veel van deze morbiditeit en mortaliteit voorkomen, voornamelijk wat de cardiovasculaire sterfte betreft.[4]

De huisarts is een spilfiguur in deze preventieve zorg. Hij of zij is de vertrouwenspersoon die het overzicht houdt over iemands gezondheid en gezondheidsrisico's. Hij biedt een complete, holistische en makkelijk toegankelijke zorg. Huisartsen verlenen meestal preventieve zorg in de individuele setting van een consultatie, ofwel op indicatie van aanwezige risicofactoren en symptomen, ofwel in het kader van het zorgpakket, bijvoorbeeld om het risico op complicaties van chronische ziektes te verminderen. Preventie op populatieniveau, zoals vaccinatieprogramma's en kankerscreening, heeft momenteel een minder prominente plaats in de huisartsenpraktijk maar draagt potentieel significant bij tot reductie van het risico op het ontwikkelen van een chronische ziekte of tot het identificeren van behandelbare ziektes in een vroeg stadium.[3] Zo bestaat er sinds 2009 in het Verenigd Koninkrijk een interessant initiatief, genaamd de NHS Health Check. Gezonde 40 tot 74-jarigen worden om de vijf jaar uitgenodigd bij de huisarts om hun cardiovasculair risico te bepalen en hen te helpen dit risico te verminderen en aan te pakken. Een kleinschalige studie in Stoke on Trent toonde dat dit een significante reductie gaf van het geschatte cardiovasculair risico van de populatie en de bijhorende individuele risicofactoren.[5] Een gelijkaardige cardiometabole health-check voor 40-75jarigen in

Nederland werd in vijf huisartsenpraktijken getest. De resultaten toonden dat aandoeningen waarvoor behandeling nodig is bij gemiddeld één op vijf bij de eerste presentatie op de huisartsenpraktijk werd vastgesteld.[6]
Een bijkomend voordeel van preventie op populatieniveau is het wegvallen van een aantal mogelijke socio-demografische verschillen. Zo is de ongelijkheid in screening volgens opleidingsniveau en socio-economische positie in Europese landen groter in landen zonder populatiegerichte screening.[7]

Om accenten te leggen binnen het preventieve gezondheidsbeleid werkt de Vlaamse overheid met gezondheidsdoelstellingen. Dat zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. De Vlaamse overheid startte ermee in 1998, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie.
Voorstellen voor gezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd door een gezondheidsconferentie. Die gezondheidsconferentie stelt tegelijk ook strategieën voor om de doelstelling te realiseren. De Vlaamse overheid heeft doelstellingen geformuleerd rond 6 thema's: voeding en beweging, infectieziekten en vaccinatie, zelfdoding (en depressie), tabak/alcohol/drugs, borstkankeropsporing en ongevallen in de privésfeer.[8]
Het was in het kader van deze doelstellingen dat Domus Medica (DM) in 2008 met een voorstel kwam om de aanpak van preventie in de praktijk te systematiseren. Om het overzicht te houden in het kluwen van richtlijnen (denk maar aan colonkankerscreening, borstkankerscreening etc), stelde DM in samenwerking met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGEZ) een handleiding op met twaalf preventieve maatregelen.[8]
Pilootprojecten hierrond in Vlaanderen en Nederland waren veelbelovend, en in september 2010 stelde DM dan de gezondheidsgids voor, een instrument om systematisch zinvolle en *evidence-based* preventie aan te bieden aan de volwassen patiënt. Deze gids bestaat uit een vragenlijst voor de patiënten (+ planningstabel voor de huisarts), een handleiding en een afsprakenkaartje. Het vat de essentie samen van de richtlijnen, zodat de huisarts makkelijker een overzicht kan houden en niet elke richtlijn tot in de details moet kennen. Hij krijgt de gezondheidsrisico's als het ware op een presenteerblaadje en heeft een leidraad bij het opstellen van een praktisch preventieplan. Het voordeel van dergelijke *evidence-based*, goedkope en makkelijk te gebruiken checklist om aan gesystematiseerde preventie te doen, werd reeds aangetoond in onder andere Canada.[9]
Bijna alle Vlaamse gezondheidsdoelstellingen komen aan bod. In de eerste versie ontbraken suicide en depressie nog, door gebrek aan een geschikte vraag. Prostaatkankeropsporing en oogboldrukmeting werden dan weer niet opgenomen wegens te weinig *evidence*. Valpreventie ten slotte werd gezien als iets dat zich meer op tertiair niveau afspeelt.[10]
Met deze handige gids vraagt de huisarts aan de patiënt de vragenlijst invullen en plant een speciaal preventieconsult om deze samen te overlopen. De gezondheidsrisico's worden

ingeschat en in samenspraak met de patiënt wordt een persoonlijk preventieplan opgesteld.[10]
Bij het uitkomen van de gezondheidsgids in 2010 werd in onze praktijk beslist hier actief aan mee te werken. Onze setting, een groepspraktijk met forfaitair systeem, maakte de invoering alvast haalbaar. Via het patiëntenkrantje werd een uitnodiging verdeeld. De respons was echter niet groot, er kwamen slechts een tiental patiënten opdagen. Een onverwacht resultaat, gezien de laagdrempeligheid van een gratis consultatie. Hier wilden we wel wat meer over weten.

We bleken niet de enigen die dit preventieconsult en zijn plus- en minpunten verder wilden onderzoeken, meerdere HAIO's hebben in het verleden of nu voor dit onderwerp gekozen. Onze voorgangers onderzochtten al wat de respons was op populatiegerichte uitnodiging in een landelijke en voorstedelijke praktijk. Bovendien bekeken ze de demografische en socio-economische factoren die dit beïnvloedden. Ook bij hen was er een verrassend lage opkomst na schriftelijke uitnodiging, lager dan verwacht uit de literatuur (20,19%).[11] Een ander onderzoek richtte zich onder andere op de niet-deelnemers. Aan de hand van een vragenlijst werd naar hun barrières gevraagd. De financiële kost werd hier vaak als knelpunt genoemd.[12]

Ook wij vroegen ons af wat de redenen konden zijn dat niet meer mensen hierop afkwamen. En anderzijds: wat dreef diegenen die wél deelnamen? Onze forfaitaire praktijk, waar de financiële drempel in principe al wegvalt, leek de perfecte setting voor verdere exploratie van dit fenomeen.
Onze onderzoeksvraag was geboren…Maar hoe een antwoord vinden op deze vraag?

We begonnen de patiënten opnieuw en intensiever uit te nodigen, hopend op een hogere opkomst. Dit deden we op verschillende manieren, zowel via affiches in de wachtzaal, een brief (**Bijlage 1**), een reminder op elk bureau, een artikeltje in het patiëntenkrantje als een persoonlijke uitnodiging. Dit gebeurde echter niet consequent, deels doordat niet alle artsen actief deelnamen.
Deze keer had de uitnodiging toch iets meer succes en voerden we vijftig preventieconsultaties uit. **Bijlage 2** is een beschrijving van de patiëntengroep die gekomen is.

In de literatuur gingen we op zoek naar veel voorkomende barrières en motiverende factoren voor deelname aan preventie. Er is al veel geschreven over barrières tot preventie. Dit gaat echter steeds over losse programma's en screening. Het bijzondere aan het preventieconsult is de integratie van kankerscreening, cardiovasculaire risicopreventie en andere preventieve acties zoals vaccinatie. Zouden we hiervoor dezelfde soort barrières en stimuli in onze patiëntenpopulatie vaststellen? En wat is het relatief belang van elk ervan?

Om dit te onderzoeken organiseerden we twee focusgroepen waarin we de patiënten zelf aan de hand van casussen lieten nadenken over dit onderwerp.
We bundelden alle beweegredenen tot (weigering tot) deelname uit de literatuurstudie en de focusgroepen samen in vragenlijsten, die het belang van elke factor scoren ('in welke mate speelde...een rol'). Er was een vragenlijst voor de personen die gekomen zijn en een vragenlijst voor zij die niet gekomen zijn. Beide vragenlijsten werden door enkele experts van dit vakgebied nagelezen, becommentarieerd en goedgekeurd.
De uiteindelijke enquêtes werden naar de groep patiënten die deelnamen gestuurd en naar een gematchte sample van de groep die niet opdaagde.
Daarna was het afwachten wat de antwoorden zouden zijn.
Waarom nemen mensen al dan niet deel aan een dergelijk consult?

Door de doelgroep zelf, de patiënten, te bevragen over dit onderwerp hopen we duidelijke, bruikbare antwoorden te krijgen. Als we aan de hand van deze enquêtes te weten komen wat onze populatie drijft om aan het preventieconsult deel te nemen, of anderzijds wat hen ervan weerhoudt, kunnen we deze informatie gebruiken om het consult in de toekomst aantrekkelijker te maken, mogelijke barrières te overwinnen en een breder publiek te bereiken. Zo kunnen we op grotere schaal aan preventie doen, de gezondheid van onze populatie bevorderen en een betere, meer complete en kwaliteitsvolle zorg bieden.

De hieropvolgende tekst legt de focus op de barrières maar vormt in principe één geheel met het werkstuk van mijn collega Dr Sylke Van Dierdonck, over stimulerende factoren.

2. LITERATUURONDERZOEK

We doorzochten de wetenschappelijke literatuur om na te gaan welke beïnvloedende factoren voor preventie er reeds gekend zijn uit voorgaand onderzoek. Het gaat hierbij om een brede waaier aan preventieve acties en meer specifiek ook over gedragsverandering en gezondheidspromotie.
Er is reeds heel wat gepubliceerd rond gerichte preventieprogrammas zoals bijvoorbeeld colonkanker-, cervixkanker- en borstkankerscreening. Gezien het geïntegreerd preventieconsult zoals het onze een vrij recent concept is, is specifieke literatuur hieromtrent nog beperkt. In verschillende landen zijn de laatste jaren gelijkaardige (maar minder uitgebreide) initiatieven gestart voor het opsporen van cardiovasculaire en andere risico's in de eerste lijn (vb NHS health check). Deze worden momenteel allen geëvalueerd, maar het is nog vroeg om al conclusies te trekken.

2.1. ZOEKSTRATEGIE

Voor onze literatuurstudie gebruikten we voornamelijk de zoekmachines Pubmed en Cochrane. De zoektermen die we inbrachten waren: barriers, motivators, facilitators, prevention, cardiovascular disease prevention, cancer prevention, cancer screening, urban areas, urban population, NHS health check, health promotion, colorectal cancer screening, cervical cancer screening, breast cancer screening, mammography, participation, health belief model, health behaviour, determinants, preventive consultation.
Verder haalden we heel wat achtergrondinformatie uit de manama thesissen van onze voorgangers en vanop de website van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Algemene epidemiologische gegevens vonden we in de databank van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO).

2.2. BARRIÈRES

Over barrières voor preventie zijn al enorm veel studies uitgevoerd. De meeste spitsen zich toe op aparte subcategorieën. Zo is er al veel geschreven over kankerscreening, waarbij men steeds dezelfde barrières ziet terugkomen. Hieronder proberen we de voornaamste te bundelen.
Garcia et al.[13] ondervroegen niet-deelnemers van het colonkanker screeningsprogramma naar hun barrières. De vijf belangrijkste waren: andere gezondheidsproblemen hebben, andere prioriteiten hebben zoals werk en/of gezin, misverstanden rond eigen relevantie wannneer men zich goed voelt en geen positieve familiale anamnese heeft, misverstanden rond de test zelf en tenslotte gebrek aan vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem.
Ook Jones et al. [14] wilden de barrières voor deelname aan colonkankerscreening onderzoeken, ze deden dat aan de hand van een vragenlijst. Er waren 21 mogelijke barrières aan dewelke alle deelnemers een score moesten toekennen. Hier kwam het 'niet

weten dat nodig' naar boven als de belangrijkste remmende factor, samen met 'niet aangeraden door arts'. Financiële barrières en verkeerde opvattingen werden ook vaak vernoemd.
Opvallend was dat de barrières niet homogeen waren maar verschilden per test, het ging hier namelijk over vier mogelijke screeningsmethodes: faecal occult blood test (FOBT), sigmoïdoscopie, colonoscopie of barium. De top vijf voor elke test bevatte dan ook test-specifieke barrières (zoals stoelgang aanraken, darmvoorbereiding,…) die vaak veel meer impact hadden dan de algemene. Andere vermelde struikelblokken waren: moeilijkheden om een afspraak te maken, toegang tot gezondheidszorg/ziektekostenverzekering, geen kennis, geen interesse, angst, schaamte, pijn, geen klachten.[14]
Om tot deze vragenlijst te komen hadden ze voorafgaand onderzoek gedaan via een open vraag die ze stelden aan een grote groep patiënten en verdere discussie in kleinere focusgroepen.[15] De klassieke barrières logistiek, tijdsgebrek, schaamte, pijn, kost en taboe werden vernoemd. Tijdens de discussies kwamen echter diepere nuances van uit de literatuur gekende drempels aan het licht . Zo kan 'zich niet bewust zijn van de noodzaak' heel wat verschillende betekenissen hebben: zich niet bewust zijn van de prevalentie, de voordelen van screening, persoonlijke noodzaak of behandelingsmogelijkheden. Hetzelfde geldt voor angst; men kan angst hebben voor kanker, voor het resultaat, voor het onderzoek zelf, of voor complicaties. Een derde voorbeeld is de betekenis van tijd als belemmering, dit kan het tekort aan tijd zijn om de test uit te voeren, om zichzelf te motiveren, de afspraak te plannen of moeilijkheden op te lossen. Deze verschillende factoren vereisen steeds een andere aanpak.
Deelnemers gaven aan dat artsen er vaak niet in slagen mee te delen wat het belang is van screening voor deze persoon in het bijzonder. Artsen werden wel belangrijk bevonden in het promoten van deelname, maar waren geen voldoende motivatie op zich. De focusgroepen stelden dat het onrealistisch is te verwachten dat patiënten meteen in actie schieten nadat ze het advies tot screening gekregen hebben.
Ook andere bestaande problemen zoals slechte gezondheid of ziekte bij de partner spelen een rol. Sociale steun kan dan weer helpen, alleen zijn is een barrière. Een aantal resultaten die nog niet frequent in literatuur beschreven zijn: voorgaande slechte ervaringen met screening, parasexuele kwesties, laag zelfbeeld, wantrouwen, wachten op een makkelijker test, misverstand omtrent de nodige test.[15]
Ook een zeker fatalisme werd als tegenargument gegeven.[15] Volgens Salman F komt dit fatalisme vooral voor bij Moslims[16]. Arabische mensen zien kanker als een fatale ziekte en als een doodsvonnis. Sommigen zien het als een straf van God of als een test van hun geloof en geduld, in beide gevallen moeten ze het gewoon aanvaarden. In veel Arabische landen wordt kankerscreening aangeraden voor diagnostische doeleinden en niet als secundaire preventie. Bovendien spelen bij deze groep andere culturele en religieuze restricies mee zoals de traditionele kledij en het verbod op lichamelijk contact tussen (niet getrouwde) mannen en vrouwen, dit kan een barrière zijn voor bijvoorbeeld mammografie of cervicaal uitstrijkje.[16] In deze gevallen is het belangrijk een vrouwelijke arts te hebben.[17]

Ook bij Hispanics werden deze culturele factoren vastgesteld, de borsten blootstellen aan vreemden bleek ook bij hen taboe.[18]

Watson-Johnson et al. groepeerden de barrières voor mammografie in vijf categorieën. Ook al gaat het om een compleet andere procedure, toch kwamen dezelfde factoren terug.[18] Zo werden problemen van tijd, logistiek en kost gegroepeerd onder 'toegankelijkheid'. Het hierboven beschreven fatalisme en alles wat met angst en schaamte te maken heeft wordt aangeduid als 'psychosociale factor', net als het niet inzien van zijn persoonlijk risico en ook gewoon uitstelgedrag. Verder beschreven ze bezorgdheden om efficiëntie (vb vals negatieve of vals positieve resultaten in vriendenkring) en persoonlijke bezorgdheden om de procedure zelf (pijn, schaamte, potentiële bijwerkingen).[18]
Ook Püschel et al. vonden dat schaamte, angst en geheimzinnigheid een belangrijke rol spelen bij mammografie[19]. Deelneemsters gaven aan dat ze het iets zeer intiem vinden en zich niet graag blootstellen hiervoor. Ook speelden een aantal (bij)geloven een rol bij deze Chileense vrouwen: zo was er het misverstand dat de meeste borstkankers via zelfonderzoek gevonden werden en dat mammografie hieraan een ondergeschikte waarde heeft. Verder werden de normale barrières zoals problemen van toegankelijkheid, lange wachttijden, bureaucratie en transport opnieuw aangegeven.[19]

Burak et al. evalueerden drie mogelijke drempels voor cervixkankerscreening bij studentes, aan de hand van het Health Belief Model (zie verder): pijn, schaamte en kost.[20] Ook hier bleken schaamte en gêne belangrijke factoren en ook de pijn was voor velen een reden om geen screening te ondergaan. Opvallend was dat de studentes allen positief waren over de screening zelf; bijna 90% was het er sterk mee eens dat regelmatige gynaecologische controle essentieel was voor hun reproductieve gezondheid, slechts 2% was het hier niet mee eens.[20]

Of vrouwen recent nog gescreend werden voor borst- en/of cervixkanker, hangt nauw samen met kennis van risicofactoren en opvattingen over de overlevingskans, dit werd aangetoond in een multivariate analyse. Gebrek aan kennis over de nood aan kankerscreening blijft een significante barrière om een mammografie of uitstrijkje te ondergaan voor sommige vrouwen.[21]

Bovenstaande studies gaan allemaal over specifieke screeninsprogrammas. In Denemarken is wel onderzoek gedaan naar barrières voor algemene gezondheidsscreening en -discussies.[22] Ook hier stond iedereen positief tegenover screening en was men begripvol dat mensen hieraan meedoen. Voor de hand liggende redenen om niet deel te nemen kwamen veel voor: druk met job/familie, huidige gezondheidsproblemen, belangrijke *life events*. Anderen vonden dat het niet veel nieuws zou brengen, ze waren in goede gezondheid of hadden recent al screening ondergaan. Een andere bedenking was de angst

voor de gevolgen als risico's of aandoengingen zouden vastgesteld worden. Ze benadrukten de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt over zijn gezondheid en zeiden dat ze hun huisarts zouden contacteren indien hun lichaam signaal gaf dat het nodig was. Sommige deelnemers vonden dat screening soms een vals gevoel van zekerheid geeft; dergelijke check-up spoort slechts bepaalde risico's en aandoeningen op en kan geen geruststelling geven over alles en zelfs al doe je inspanningen zoals rookstop, je kunt nog steeds jong sterven. Bovendien waren ze het erover eens dat je ziektes zoals diabetes toch krijgt als je er voorbestemd voor bent (~fatalisme). Het belang van ieders autonomie en recht zijn eigen leven te leiden werd meermaals benadrukt, je kunt ook genieten van risicogedrag zoals roken, dat is je eigen keuze![22]

We vonden één systematische review over non-participatie bij verschillende vormen van preventie (vaccinatie, screening voor vroege detectie van ziekte, screening voor hoog risico). Hielden verband met huidige non-participatie: geen persoonlijke relevantie, jonge leeftijd, hogere sociale deprivatie, eerdere non-participatie. Deze factoren waren idem voor de verschillende soorten screening. Dat er toch verschillen zijn in opkomst is mogelijk deels te wijten aan verschillen in recruteringsstrategie, met meer actieve en gepersonaliseerde strategieën resulterend in hogere participatie dan bijvoorbeeld een uitnodigingsbrief. Belangrijke gedragsfactoren die een rol speelden waren: onderschatting van het persoonlijk belang van deelname (meest geciteerd), niet op afspraak kunnen komen, zorgen om bijwerkingen, ongemak van vaccinatie/screening[23]

2.3. STIMULI

Garcia et al.[13] ondervroegen de deelnemers van een colonkanker screeningsprogramma. Zij onderstreepten vooral het belang van advies en aanraden door de arts. Bijkomende belangrijke factoren waren voorgaande positieve screeningservaringen en positieve ervaringen met het gezondheidszorgsysteem in het algemeen. Ook Wilkins et al.[24] bevestigden dat 'aangeraden door de arts' de belangrijkste stimulus voor deelname is. Ook voor mammografie werd medisch advies en steun door de arts als een voorwaarde gezien voor deelname aan screening.[19] Het advies van andere hulpverleners of vrienden en familie werd door één derde als belangrijk beschouwd. Ongeveer de helft van de deelneemsters vond ook vertrouwen in de gezondheidscentra, veiligheid en waardigheid belangrijk. De opluchting na screening en het gevoel goed voor zichzelf gezorgd te hebben werden als belonende factoren beschouwd. Ook was het belangrijk op tijd feedback te krijgen.[19]
Bij discussies tussen dertigjarige vrouwen in Stockholm werd de uitnodigingsbrief als sleutelelement in het motiveren beschreven.[25] De meeste van deze vrouwen waren zich niet bewust van het verband tussen Humaan Papilloma Virus (HPV) en cervixcarcinoom en vonden dat deze informatie moest gegeven worden. Hoe dat precies moest verchilde van vrouw tot vrouw, zij die niet eerder hadden deelgenomen aan screening stelden

angstcampagnes voor, 'harde cijfers'. Ook werd geopperd dat, wanneer aan screening wordt deelgenomen, relevante info afgestemd op het individu belangrijk is. Ook de karakertistieken van het personeel en de aard van de ontmoeting speelden een rol. Vrouwen gaven ook suggesties om de pijn, kwetsbaarheid en het ongemak te verminderen. Flexibiliteit en keuze werden als belangrijke factoren beschreven: tijd en plaats en de hulpverlener kunnen kiezen. Het geslacht van die hulpverlener werd niet als belangrijk aanzien. Continuïteit was belangrijk, maar er was geen consensus over continuïteit in de vorm van de hulpverlener.
Een kritisch punt is de eerste gelegenheid tot screening. Er werd gesuggereerd dat een eerste speciale afspraak met meer tijd en ondersteuning deelname in de toekomst zou stimuleren.[25]
Sociale marketing werd als stimulans beschreven, met informatie via massa media en publiciteit, een belangijk voorbeeld daarvan is beroemdheden gebruiken in campagnes ('het een gezicht geven'). Daarnaast is het belangrijk die informatie al van jongsaf aan te krijgen, vanaf schoolgaande leeftijd. Ouders kunnen daar een belangrijke rol in spelen.[25]

Bonfill et al. vonden dat een uitnodigingsbrief, gepost educatief materiaal, een telefoontje en enkele gecombineerde acties (zoals brief + telefoon en training activiteiten plus reminders) allen het aantal vrouwen dat deelneemt aan borstkankerscreening leek te doen toenemen[26]. Het is echter niet geweten welke van deze opties het beste werkt. Van andere interventies (zoals een huisbezoek) is geen voordeel aangetoond. Dit zijn dus vooral actieve strategieën. In vijf van de zeven vergelijkingen was het bewijs in het voordeel van de actieve strategieën ten opzichte van controlegroepen. Twaalf maanden na de uitnodiging was het aantal vrouwen dat een mammografie onderging significant groter in de groep die blootgesteld was aan een actieve interventie vergeleken met de controlegroep.[26]
Ook rond stimulerende factoren voor deelname ana vaccinatie werd onderzoek uitgevoerd. Hier werd vastgesteld dat, om de vaccinatiegraad te verhogen interventies moeten gebeuren die de vraag van de patiënt verhogen en barrières overkomen, zoals sterke aanbeveling door de arts, reminders en recall inspanningen. Voor maximaal effect kunnen deze interventies best gecombineerd worden in een veelzijdig immunisatieprogramma.[27]

2.4. SOCIO-DEMOGRAFISCHE FACTOREN

In het verleden is al vaak gebleken dat er een verschil is in deelname naargelang de sociaal-economische status, met een lagere participatie (en minder interesse) bij lagere sociaal-economische status. Volgens Wardle et al. heeft dit psychosociale redenen zoals meer stress en minder sociale ondersteuning, en cognitieve verklaringen zoals andere opvattingen en verwachtingen over risico en screening. Dit leidt tot ander gezondheidsgedrag (o.a. roken) en een andere *outcome*. Vreemd genoeg blijkt, ondanks de lagere deelnamecijfers, de angst voor kanker hoger te zijn in deze groep. Zij die een hogere

sociaal-economische status hebben zien meer voordelen en hebben minder barrieres/angsten en minder fatalisme en dus meer interesse om deel te nemen.[28]

2.5.GEZONDHEIDSPROMOTIE EN GEDRAGSVERANDERING

Gezondheidspromotie is niet hetzelfde als –educatie. Het is het proces om mensen in staat te stellen om de controle over hun gezondheid én hun gezondheid zelf, te verbeteren Innovaties in de huisartsenpraktijk op het vlak van gezondheidspromotie zullen resulteren in een efficiëntere klinische praktijk, beter patiënt uitkomsten en aan lagere werkdruk voor de arts. Voorbeelden van succesvolle eerstelijns innovatie: Quit campagne voor rookstop in Australië, jaren 80. In de huidige elektronische wereld zijn veel innovaties mogelijk, denk bijvoorbeeld aan reminders per sms, electronische consulten etc….[29]

De eerder genoemde kennis van en opvattingen over kanker zijn belangrijke componenten van theoretische modellen die proberen het gedrag te verklaren. Deze modellen veronderstellen dat hoewel kennis en opvattingen op zich niet voldoende zijn om een persoon's gezondheidsgedrag te verklaren, mensen die meer voordelen en minder barrières ervaren meer waarschijnlijk screening zullen ondergaan. Een gekende voorbeeld is het Health Belief Model (HBM).[21]
Het HBM was één van de eerste, en blijft één van de best gekende sociale cognitie modellen. Het is een gedragsveranderings- en psychologisch model ontwikkeld in 1966 voor het bestuderen en promoten van het gebruik van gezondheidsdiensten. Oorspronkelijk was het model bedoeld voor het voorspellen van gedrag als respons op behandeling bij acuut en chronisch zieke patiënten, maar in de laatste jaren wordt het gebruikt voor het voorspellen van meer algemeen gezondheidsgedrag. Het HBM stelt dat je geloof in een persoonlijke dreiging samen met je geloof in de effectiviteit van het voorgestelde gedrag, de probabiliteit van dat gedrag voorspellen.[30]

Het gebruik van stadia-modellen om factoren die aan de grond liggen van gezondheidsgedrag te identificeren en om uiteindelijk het uitvoeren van gedrag te voorspellen, worden steeds populairder.Een hedendaagse aanpak om individuele verandering in gedrag te begrijpen is het Transtheoretischl Model. Dit model, gebruikt voor verschillende preventieve gezonheids gedragsverklaringen (vb rookstop), stelt voor dat mensen die zich engageren in een nieuw gedrag vijf stadia doorlopen: precontemplatie-contemplatie-voorbereiding-actie-onderhoud.De uitersten zijn meer stabiel, de tussenstadia zijn zeer dynamisch.[31]
Het Transtheoretisch Model werd ontwikkeld in 1977. Het is gebaseerd op analyse en gebruik van verschillende theorieën van psychotherapie, vandaar de naam. Het bepaalt een individu's gereedheid om een nieuw gezondheidsgedrag te vertonen en voorziet strategieën, of processen van verandering om het individu hierin te leiden In dit model is

verandering een proces met vooruitgang via verschillende stadia. Ook is er steeds herval mogelijk, met terugkeer naar een lager stadium.[32]

2.6.BESLUIT

In de literatuur zien we dezelfde barrières en stimuli regelmatig terugkomen. We hebben de belangrijkste eruit gehaald en gebruikt voor de focusgroepen, om na te gaan of ze ook van toepassing zijn op onze populatie. De deelnemers hebben die dan aangevuld met hun eigen ideeën. Vervolgens hebben we alle stellingen samen genomen en aan de hand ervan een vragenlijst opgesteld. Op die manier heeft de literatuurstudie een belangrijke bijdrage geleverd aan ons voorbereidend onderzoek. Bovendien bracht het ons ook op ideeën voor de analyse van de problemen en mogelijke oplossingen in de discussie.

3. METHODIEK

3.1.FOCUSGROEPEN

Om een volledig overzicht te krijgen van mogelijke barrières, werd de literatuurstudie aangevuld met een focusgroep. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode die vaak gebruikt wordt als eerste stap bij het opstellen van een vragenlijst. Het is een spontane, open groepsdiscussie over een bepaald onderwerp, die in goede banen wordt geleid door een moderator. De deelnemers denken luidop, uiten hun meningen, gedachten en ideeën en komen tot nieuwe inzichten. Door de interactie met anderen gaat dit makkelijker en krijgt de onderzoeker een duidelijker beeld van de behoeften, motieven, percepties en attitudes van de doelgroep.
De bedoeling was het onderzoek een meerwaarde te geven door de input van de patiënten. Indien er louter op de literatuur gebaseerd werd, konden bepaalde factoren relevant voor deze populatie gemist worden.

Het onderwerp van de focusgroep was deelname aan het preventieconsult. Rekening houdend met de uiteenlopende origines van de patiëntenpopulatie, waarvan slechts een minderheid Nederlands spreekt, werd besloten twee focusgroepen te organiseren waarbij er één in het Frans gebeurde en de andere in het Engels. Enkel de Nederlandstalige patiënten die voldoende Frans en of Engels spreken, werden uitgenodigd. Zij konden dan zelf kiezen aan welke van de twee discussies ze zouden deelnemen. De patiënten werden verder gerecruteerd aan de hand van hun leeftijd (tussen 45 en 75 jaar). Voor de inclusie in de focusgroepen was deelname aan het preventieconsult niet belangrijk.
In totaal werden 49 personen telefonisch uitgenodigd. Zij kregen uitleg over het doel en het verloop van de focusgroep. Er werd benadrukt dat hun deelname volledig vrijwillig was en geen invloed had op de arts-patiëntrelatie.
In augustus 2012 kwamen twintig volwassenen met een leeftijd tussen 45 en 75 jaar bijeen om deel te nemen aan een focusgroep.

De focusgroepen werden door één van ons en een vaste arts in de praktijk begeleid en gesuperviseerd. De discussies duurden ongeveer twee uur en werden zowel gefilmd als opgenomen op band.
De uitleg over het doel en het verloop van de focusgroep werd herhaald en er werd aan de deelnemers gevraagd het informed consent te ondertekenen.(**Bijlage 3**) Nadien werden vier fictieve casussen (**Bijlage 4**) besproken. Elke casus omvatte een korte schets van een persoon met een kleine voorgeschiedenis en de vermelding of de persoon al dan niet op preventieconsult gekomen was. De deelnemers werden aangespoord luidop na te denken en te zeggen wat volgens hen bepalende factoren waren.

De opnames van deze focusgroepen werden door ons onafhankelijk bekeken en beluisterd en de aangehaalde argumenten van de patiënten gedetailleerd genoteerd. Onze notities werden naast elkaar gelegd en de antwoorden werden, samen met het resultaat van de literatuurstudie, gebruikt om de vragenlijst op te stellen.

3.2.VRAGENLIJSTEN

Aan de hand van de stellingen teruggevonden in de literatuur en aangebracht tijdens de focusgroepen werden de vragenlijsten opgesteld. (**Bijlage 5**)
Deze waren anoniem maar het leek relevant om ook enkele sociodemografische gegevens na te gaan. Mensen werden daarom gevraagd naar hun leeftijd, geslacht, origine (m.n. eigen geboorteland maar ook dat van hun ouders om zo een onderscheid te kunnen maken tussen eerste en tweede generatie migranten), hun religie, huidige woonsituatie en opleidingsniveau.

Vanuit de literatuur en de focusgroepen werden 23 vaak aangehaalde factoren weerhouden die een barrière kunnen zijn om op preventieconsult te komen. Idealiter zouden deze 23 stellingen apart bevraagd worden maar voor de eenvoud werd het beperkt tot één blad recto verso. Hiervoor was het nodig om bepaalde stellingen, die in dezelfde lijn lagen, te groeperen. In **Tabel 1** kan u terugvinden hoe deze stellingen werden samengenomen.

Oorspronkelijke stellingen	Stellingen in de definitieve vragenlijst
Ik heb geen tijd om te komen	Ik heb geen tijd om te komen
Ik heb geen transport tot de praktijk, te ver	Het is praktisch niet haalbaar voor mij om te komen
Ik heb geen opvang voor de kinderen	
Ik heb geen uitnodiging gekregen	Ik kan me niet herinneren dat ik ben uitgenodigd geweest of een reminder te hebben gekregen
Ik ben het vergeten en heb geen herinnering gekregen	
Ik ben door mijn huisarts niet uitgenodigd geweest	
Ik wist niet dat ik een risico op een ziekte heb	Ik heb geen behoefte aan advies
Ik heb geen klachten, ik voel me gezond	
Ik wist niet dat het nodig was om te komen	
Ik weet niet wat het preventieconsult inhoudt	Ik weet niet wat preventie en/of het preventieconsul is
Ik heb schrik voor het resultaat	Ik heb schrik voor het resultaat, ik weet het liever niet als ik ziek ben
Ik weet het liever niet als ik ziek ben	
Ik heb schrik voor mogelijke onderzoeken	Ik heb schrik voor medische onderzoeken
Ik ben niet geïnteresseerd in preventie	Ik ben niet geïnteresseerd in preventie
Ik zou me er ongemakkelijk bij voelen, het is te confronterend	Het preventieconsult zou te confronterend zijn voor mij
Ik heb andere prioriteiten (werk, gezin)	Ik heb andere prioriteiten
Ik heb geen vertrouwen in preventie/ de gezondheidszorg	Ik heb slechte ervaringen met preventie en heb er geen vertrouwen in
Ik heb slechte ervaringen met preventie/ de gezondheidszorg	
Ik heb schrik voor de financiële kosten	Ik heb schrik voor financiële kosten
Ik word al voldoende opgevolgd door mijn arts	Ik verzorg mij lichaam al goed en/of word al voldoende opgevolgd door mijn arts
Ik draag al goed zorg voor mijn lichaam	
Niemand in mijn omgeving doet aan preventie	Ik ken niemand die op preventieconsult is gekomen
Ik zal mijn levensstijl niet veranderen	Ik ben er nu niet aan toe om mijn gedrag en/of levensstijl eventueel te veranderen

Tabel 1: samenvoegen stellingen

Door stellingen samen te nemen, gingen bepaalde details verloren maar werd wel een algemeen beeld verkregen. De bedoeling was op deze manier toch de belangrijkste afremmende factoren te detecteren.

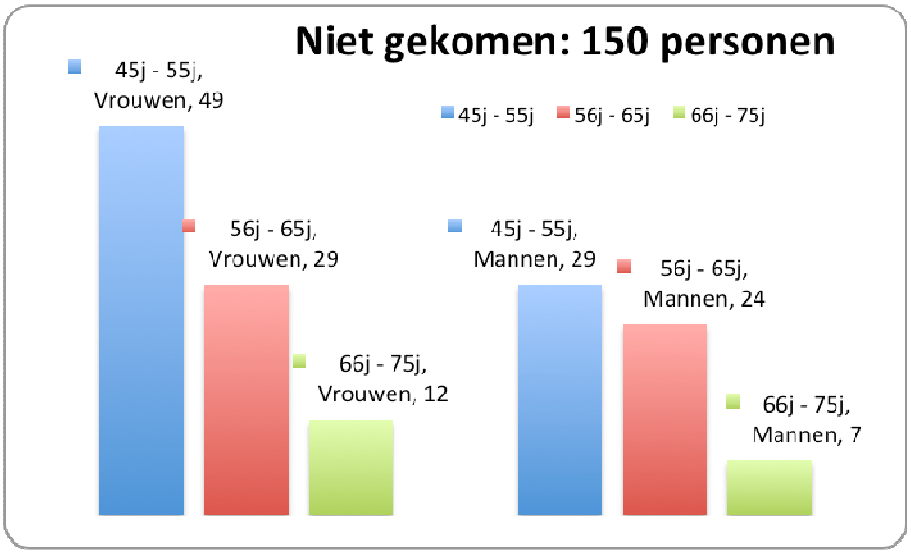
De definitieve vragenlijst telde vijftien stellingen met op het einde nog een extra alinea 'andere' waarop de deelnemer een eigen suggestie of reden kon noteren.

Aan de respondenten werd gevraagd voor elke stelling het relatief belang ervan in zijn beslissing tot deelname aan te geven. Hiervoor werd gekozen voor een vierpuntenschaal, waarbij de waarde/betekenis als volgt was:

0 = Totaal niet belangrijk
1 = Niet belangrijk
2 = Wel belangrijk
3 = Heel erg belangrijk

Teneinde de vragenlijsten te valideren, werden deze ook nog goedgekeurd door een panel van vier experten. Twee huisartsen werden geraadpleegd, één ervan werkt in deze praktijk. Zij kent de patiëntenpopulatie en is vertrouwd met preventie, voornamelijk door haar ervaring als arts in een family planningcentrum. De andere huisarts deed onderzoek naar colorectale kankerscreening en schreef mee aan de richtlijn van Domus Medica.
We gingen eveneens ten rade bij een verpleegster-diabeteseducator. Zij wordt dagelijks geconfronteerd met barrières tot gedragsverandering en gezondheidspromotie. En tenslotte werd de vragenlijst voorgelegd aan een antropologe die recent in onze praktijk een onderzoek deed naar HIV-screening. Elk van deze experten bekeek de vragenlijst en gaf zijn/haar opmerkingen door. Er werd zoveel mogelijk rekening gehouden met hun mening en waar nodig werden aanpassingen doorgevoerd.

Vervolgens werd de patiëntengroep opgesteld naar wie de vragenlijsten zouden verstuurd worden. Om een representatieve patiëntengroep samen te stellen werd gestart vanuit het volledige patiënteel tussen 45 en 75 jaar en de verdeling ervan volgens man en vrouw (**bijlage 6:** beschrijving volledige patiëntenpopulatie 45-75jaar). Een evenredig aantal vrouwen en mannen werd aangeschreven, en er werd rekening gehouden met hun respectievelijk aandeel per leeftijdscategorie (zie **Figuur 1**).



Figuur 1: onderzoeksgroep niet gekomen op preventieconsult

In totaal werden 150 vragenlijsten verstuurd in november 2012. In de enveloppes zat een informatieve brief, de vragenlijst en een gefrankeerde enveloppe. (**Bijlage 5**) In januari 2013 werd een herinnering rondgestuurd, met opnieuw de vragenlijst bijgevoegd. Omdat 'slechts' 28 vragenlijsten beantwoord werden, was het niet mogelijk om hierop een statistische analyse op uit te voeren. Daarom werden de antwoorden in Excell ingebracht en de resultaten gewoon beschreven. Om een algemeen beeld te krijgen, werd geteld hoe vaak een stelling als belangrijk tot zeer belangrijk gequoteerd werd, d.i. aangeduid met een 2 of 3 op de puntenschaal in de vragenlijst. Nadien werd de populatie die geantwoord had onderverdeeld in subgroepen zodat deze kon vergeleken worden. Zo werden de resulaten opnieuw bekeken per geslacht (mannen vs vrouwen), per leeftijdsgroep (45-55j vs 56-65j vs 66-75j), per gezinssituatie (samenwonend of alleenstaand met schoolgaande kinderen vs samenwonend of alleenstaand zonder schoolgaande kinderen) en per opleidingsniveau (geen diploma of van lager secundair vs hoger secundair of voortgezet onderwijs). Bij zowel de vrouwen als de mannen werd een vergelijking gemaakt tussen de jongere en de oudere leeftijdsgroepen.

4. RESULTATEN

4.1.FOCUSGROEPEN

4.1.1. SOCIODEMOGRAFISCHE GEGEVENS

In totaal werden 49 personen uitgenodigd, waarvan er 20 aanwezig waren op de focusgroepen, 10 per groep. Er waren 14 (70%) vrouwen en 6 (30%) mannen. De leeftijdsverdeling was als volgt: 11 personen uit de leeftijdscategorie 45 – 55jaar (55%), 5 uit de groep 56 – 65jaar (25%) en 4 uit de groep 66 – 75% (20%). 12 personen (60%) waren reeds op preventieconsult gekomen en 8 (40%) niet. De meerderheid van de deelnemers (70%) had een diploma hoger secundair of voortgezet onderwijs. Wat betreft de gezinssamenstelling woonden de meesten (45%) samen met hun partner en schoolgaande kinderen, 35% met hun partner maar zonder kinderen en 20% woonde alleen.

4.1.2. STELLINGEN

Bij het herbeluisteren en herbekijken van de focusgroepen zijn er een aantal stellingen die regelmatig ter sprake komen. Volgens de deelnemers van de Franse focusgroep is geen klachten hebben de belangrijkste reden om niet op preventieconsult te komen. De Engelstaligen schrijven het niet deelnemen vooral aan angst toe. De oorzaken van deze angst kunnen heel uiteenlopend zijn. Angst voor het resultaat, voor ziekte en voor bijkomende onderzoeken worden vernoemd. Sommige deelnemers vermelden ook de angst om de huidige levensstijl te moeten veranderen en het liever niet willen weten of men al dan niet ziek is.
Het zich niet bewust zijn van zijn eigen gezondheidsrisico's wordt in de beide groepen beschouwd als een belangrijke factor. *" Moest ik niet weten dat diabetes type 2 erfelijk is, dan zou ik mij geen zorgen maken om mijn suiker. Maar mijn moeder lijdt aan die ziekte en ik weet dat ik daarom regelmatig mijn suiker in het bloed moet laten controleren." " Ik weet wel dat roken ongezond is voor het lichaam maar misschien de man in de casus niet, misschien heeft niemand hem dat ooit gezegd!"* Als een persoon niet genoeg uitleg krijgt van zijn behandelende arts over zijn risico's en over de mogelijkheid tot het voorkomen ervan en de voordelen van vroege detectie, dan zal deze ook niet op preventieconsultatie komen.

Andere prioriteiten zoals gezin en werk zijn voorname barrières om op preventieconsult te komen, hiermee hangt tijdsgebrek nauw samen. Jonge mensen met kinderen en een baan worden verondersteld minder tijd te hebben om op preventieconsult te komen. Opvallend is dat het hebben van een gezin of een job niet alleen geassocieerd wordt met minder tijd, maar ook met meer verantwoordelijkheid en om die reden dan eerder motiverend kan zijn.

Eén persoon geeft aan dat iemand die werkt meer stress ervaart, daarom meer lichamelijke klachten heeft en dus sneller op de uitnodiging tot preventie zal ingaan. Een opmerking van een andere deelnemer is dat tijd niet zoveel invloed zou mogen hebben, indien iets belangrijk genoeg is, maak je er tijd voor. Het is dus eerder een kwestie van prioriteiten stellen.

Vrees voor extra financiële kosten wordt vaak vernoemd. In onze praktijk, waar gewerkt wordt in het forfaitair systeem, moet men voor het preventieconsult niet betalen maar wel voor eventuele verdere onderzoeken, zoals een coloscopie voor opsporing van darmkanker. Iemand geeft ook aan dat een gezondere levensstijl een duurdere levensstijl zou kunnen zijn. Een persoon die niet genoeg geld bezit, kan schrik hebben dat de arts hem een duurdere levensstijl aanraadt en kan daardoor minder geneigd zijn om op preventieconsult te komen. Dit zou ook nauw samenhangen met angst voor het onvermogen om zijn gewoontes te veranderen.

Veel deelnemers leggen de nadruk op de band die ze met hun huisarts hebben. Ze vertrouwen hun behandelende arts en gaan ervan uit dat deze zijn medisch dossier nauwkeurig bijhoudt en dus zelf op tijd en stond een preventieve actie zal aanraden en uitleggen. Kortom preventie van aandoeningen is vooral een taak en verantwoordelijkheid van de huisarts en het is niet de patiënt die hieraan moet denken.

Een persoon die niet klaar is voor of niet bereid is tot gedragsverandering is minder geneigd om op preventieconsult te komen. "*De man in de casus rookt en hij weet dat de arts tijdens het preventieconsult zal zeggen dat hij daarmee zal moeten stoppen. Misschien is hij het beu dat te horen en heeft hij daar geen zin in."* Dit zou je ook als een soort angst kunnen interpreteren. Vele andere angsten worden beschreven: angst voor het resultaat van dat preventieconsult of van een onderzoek uitgevoerd in navolging van het preventieconsult, het niet willen weten dat men ziek is, angst te moeten veranderen van levensstijl. Wat betreft de gedragsverandering komt ook aan bod dat sommige mensen eerder hun voldoening verkiezen: ook al gaan ze vroeger dood, ze hebben dan toch genoten van de jaren met hun sigaret.

Een factor die in onze praktijk belangrijk is en ook in de literatuur aan bod komt, is het geloof. Ook tijdens de focusgroepen blijkt dit een niet te verwaarlozen invloed te hebben, vooral bij onze islamitische patiënten. "*Ons lot is door bovenaf bepaald en daar kan je niets aan veranderen. Uw bestemming ligt al vast en als uw dag daar is, dan is daar geen ontsnappen aan. Preventieve maatregelen kunnen uw tijd hier op aarde niet verlengen."* Bijgeloof zou ook een rol spelen en hier wordt verwezen naar het land van oorsprong de Filippijnen, waar bijgeloof en alternatieve geneeskunde een belangrijke plaats innemen.

Regelmatig op controle komen bij de arts is een reden om niet op preventieconsult te

komen. *"Als ik al elke 3 maanden zou langskomen voor een controle van mijn bloeddruk, dan zou ik niet inzien waarom ik nog eens moet komen om een preventieplan op te stellen..."* Dit argument hangt samen met een goede arts-patiëntrelatie en de verwachting dat de huisarts preventie en preventieve onderzoeken op de juiste momenten ter sprake brengt. *" Als uw huisarts genoeg tijd neemt om naar u te luisteren, ook al kom je slechts voor een controle, dan ben je normaal gezien in orde met al de onderzoeken die je zou moeten doen"*. Personen die zichzelf reeds goed verzorgen en een goede levensstijl hebben zouden volgens de deelnemers minder op preventieconsult komen. Zij letten al op wat ze eten, sporten,... en kunnen hieruit niet veel bijleren.

Een andere oorzaak kan zijn dat men zich bij de uitnodiging tot het preventieconsult niet aangesproken voelt, dat men niet de noodzaak voelt om hieraan deel te nemen. De uitnodiging vergeten zijn of het ontbreken van een reminder zijn eveneens redenen om niet te komen. *" Die jonge vrouw heeft de uitnodigingsbrief misschien wel gelezen en gedacht dat het wel interessant zou zijn om op preventieconsult te komen, maar is dat dan nadien vergeten of ze wachtte misschien nog op een extra, persoonlijke, uitnodiging door haar huisarts."*

Bij de casus over de man die werkt als zelfstandige, rookt en niet op preventieconsult is gekomen, valt tijdens beide focusgroepen de opmerking dat het een man is en hij daarom minder met zijn lichaam en gezondheid bezig is. Iemand geeft aan dat vrouwen sinds decennia meer in contact komen met preventie door bijvoorbeeld de zwangerschapsopvolging, vaccinaties bij jonge kinderen etc. Hierdoor zijn ze er meer vertrouwd mee en neigen sneller tot deelname. Anderen beamen dit, maar verklaren het fenomeen ook deels doordat mannen simpelweg 'koppiger' en 'luier' zijn. Deze luiheid en desinteresse worden ook enkele keren als barrières aangegeven.

Een andere, relevante hindernis in onze praktijk is de taal. Sommige patiënten kunnen niet voldoende Frans, Engels of Nederlands om de uitleg te begrijpen en zien het dan ook niet zitten om op preventieconsult te komen.

Er komen nog een aantal andere stellingen aan bod zoals het niet weten wat bedoeld wordt met het preventieconsult, geen stimulans vanuit de omgeving voor mensen die alleen leven. Volgens één deelnemer zou de deelname aan het preventieconsult veel hoger liggen als het verplicht zou worden vanuit de overheid maar nu is er niet voldoende campagne gevoerd om dit soort initiatief bekendheid te geven.
Een volledig overzicht van de aangehaalde argumenten kan u terug vinden in **Tabel 2**

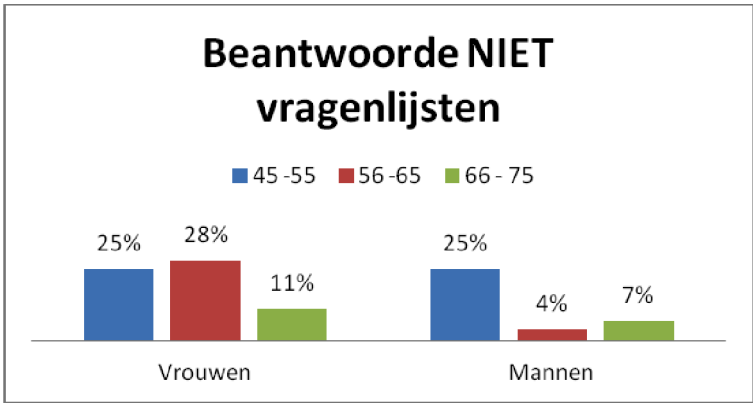
Afremmende factoren	Aantal keer vermeld
Geen klachten, zich gezond voelen	12
Niet bewust zijn van persoonlijke risico's	11
Andere prioriteiten (gezin, werk)	7
Angst voor de extra kosten die dit consult teweeg zouden kunnen brengen	6
Niet voldoende uitleg door huisarts over preventie en consult	6
Geen tijd	5
Vertrouwen dat HA dossier bijhoudt en ook op tijd de verschillende preventieve acties zal opvolgen	5
Jonge leeftijd	4
Niet bereid tot gedragsverandering	4
Angst voor resultaten of uitslag van een test	3
Niet willen weten of men ziek is	3
Niet de noodzaak voelen tot preventieconsult	3
Regelmatig controle door huisarts	3
Ons lot ligt is al bepaald, daar is niets aan te veranderen	3
Man zijn	3
Niet weten wat bedoeld wordt met het preventieconsult	2
Reeds gezonde levensstijl hebben	2
Vergeten afspraak te nemen	2
Wachten op persoonlijke, extra, uitnodiging door arts	2
Verantwoord genoeg om voor eigen lichaam te zorgen	2
Geen zin, lui, om naar de arts te gaan	2
Taalbarrière	1
Geen verplichting om op preventieconsult te komen	1
Alleen leven, geen gezin	1
Niet voldoende campagnes vanuit overheid	1

Tabel 2: argumenten uit focusgroepen

4.2. VRAGENLIJSTEN

4.2.1.SOCIODEMOGRAFISCHE GEGEVENS

In de periode tussen midden november 2012 en eind februari 2013 werden 28 van de 150 vragenlijsten (respons ratio: 18,7%) teruggestuurd.
18 (64,3%) ervan waren beantwoord door vrouwen en 10 (35,7%) door mannen.
De leeftijdsverdeling was als volgt: 14 (50%) door personen met een leeftijd tussen 45-55jaar, 9 (32,1%) tussen 56-65jaar en 5 (17,8%) tussen 66-75jaar.
Ook hier was er een grote variatie aan origines: 3 (10,7%) van de 28 vragenlijsten werden beantwoord door Belgen, 9 (32,1%) door Filippijnen, 5 (17,8%) door Marokkanen en 6 (21,4%) door Zuid-Amerikanen.
In **Figuur 2** ziet u de demografische verdeling van de personen die de vragenlijst hebben ingevuld.

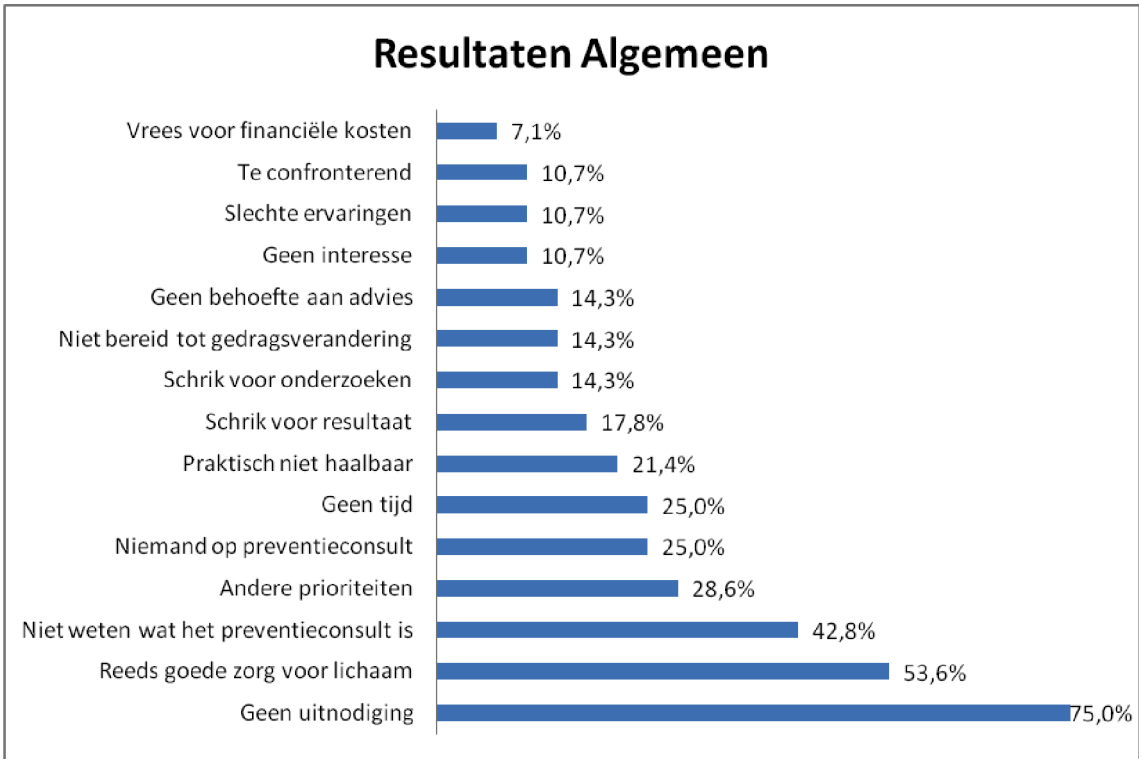


Figuur 2: demografische gegevens ingevulde vragenlijsten

4.2.2. STELLINGEN

Door het kleine aantal antwoorden, is het onmogelijk om hierop een statistische analyse uit te voeren en kan enkel gesproken worden van tendensen.
Bij het overlopen van de antwoorden valt op dat de stellingen een negatieve ondertoon hebben. Vermoedelijk heeft dit een invloed op de antwoorden. De personen die de vragenlijsten ingevuld hebben, vullen bij weinig van de stellingen in dat ze belangrijk of zeer belangrijk zijn. De meeste stellingen worden met een 0 of 1 gescoord.

Uit het algemeen overzicht (**Figuur 3**) van de antwoorden zien we drie stellingen eruit schieten. De belangrijkste is het zich niet kunnen herinneren uitgenodigd te zijn geweest of een reminder te hebben gekregen. 21 van de 28 beantwoorders duiden deze stelling aan als zijnde belangrijk of heel belangrijk.
De tweede voornaamste barrière die door 15 personen (53,6%) hoog gequoteerd wordt, is het reeds goed zorg dragen voor zijn eigen gezondheid en lichaam of al voldoende opgevolgd worden door de huisarts. En de derde is het niet weten wat men bedoelt met het preventieconsult (42,8%).

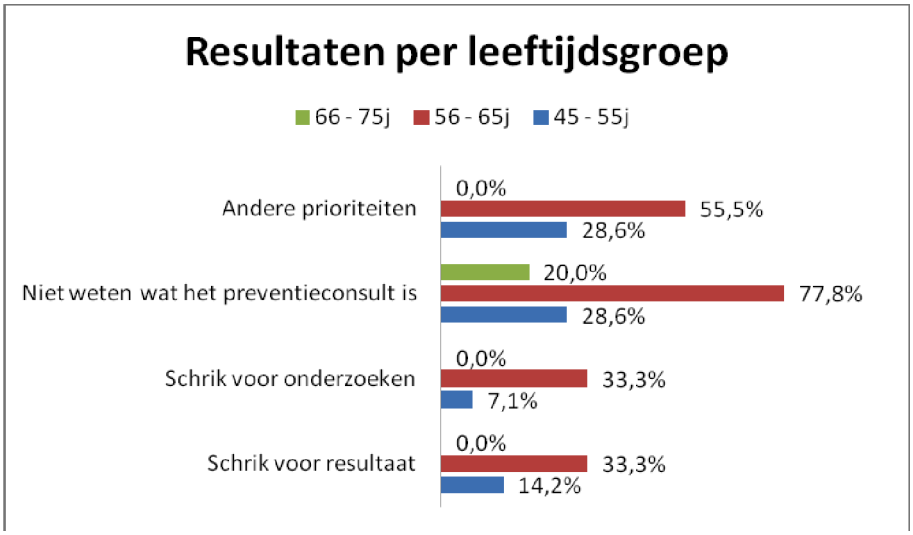


Figuur 3: overzicht antwoorden vragenlijst

8 personen (28,6%) geven aan niet op consult te zijn gekomen omdat ze andere prioriteiten hebben, vb. hun werk of hun gezin. Ook de andere praktische problemen zoals niet voldoende tijd hebben (25%) en niemand uit de omgeving die op preventieconsult is gekomen(25%), scoren hoger dan de overige stellingen.

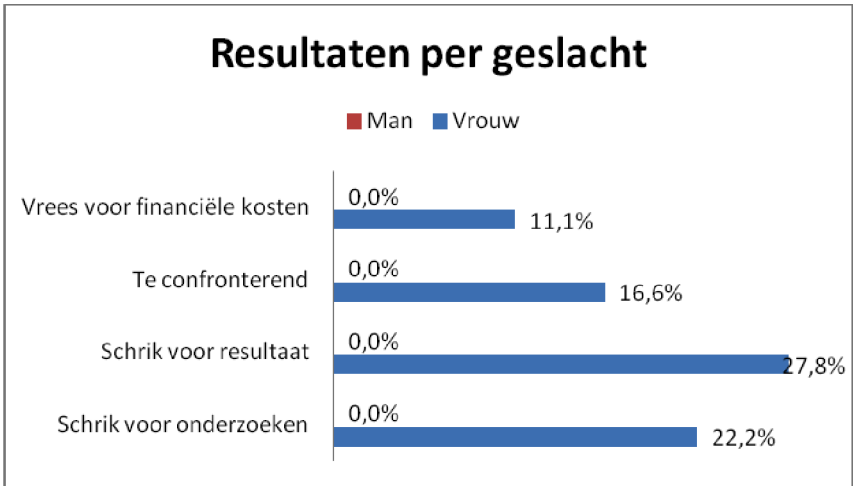
Er zijn een paar factoren die uit de literatuur gehaald werden omdat deze frequent vernoemd worden als barrières tot preventie zoals geen interesse, vrees voor financiële kosten, slechte ervaringen met preventie en/of gezondheidszorg en angst dat het consult te confronterend zou zijn. Uit dit onderzoek blijken deze echter geen belangrijke invloed te hebben. Weinig personen zeggen geen nood aan advies te hebben of niet bereid te zijn om zijn huidig gedrag te veranderen.

Bij het bekijken per leeftijdscategorie (**Figuur 4**), valt op dat niemand uit de groep van 66-75jaar angst voor het resultaat of voor aanvullende onderzoeken heeft. In de groep van 56-65jaar is de voornaamste drempel (77,8%) het niet weten wat er met het preventieconsult bedoeld wordt. Deze groep scoort ook hoger voor de stelling ‘andere prioriteiten hebben’ (55,5%).



Figuur 4: resultaten per leeftijdscategorie

In een volgende vergelijking worden de antwoorden van de mannen en vrouwen tegenover elkaar gezet (**Figuur 5**). Bij de mannen scoren de stellingen die een angst impliceren laag. Niemand van hen duidt aan schrik te hebben voor het resultaat, voor verdere onderzoeken of vreest extra financiële kosten. Geen van hen heeft schrik dat het preventieconsult te confronterend zou kunnen zijn. Dit is anders bij de vrouwen waarbij toch enkelen aangeven angst te hebben: 27,8% zegt schrik te hebben voor het resultaat, 22,2% voor eventuele onderzoeken, 16,6% komt liever niet uit vrees dat het te confronterend zal zijn en 11,1% omdat ze extra financiële kosten vrezen.

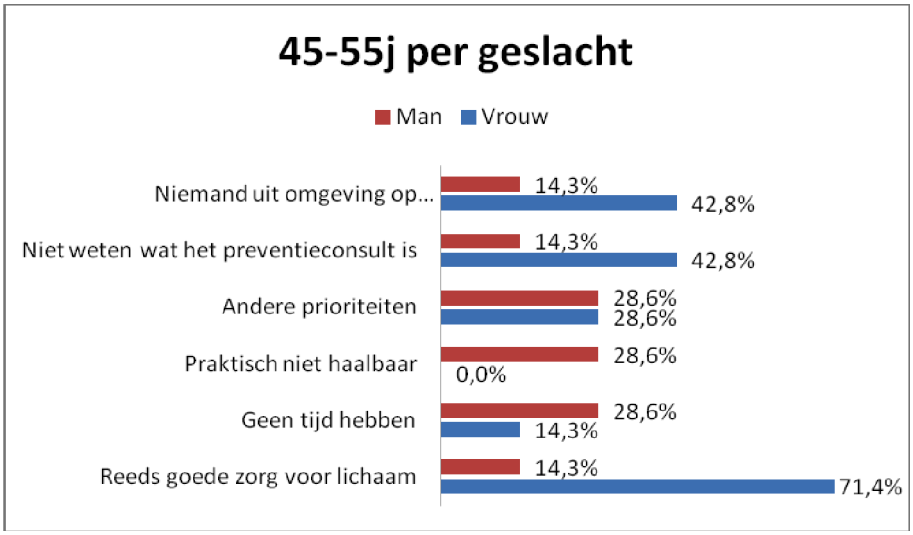


Figuur 5: resultaten per geslacht

De vrouwelijke populatie wordt ook verder onderverdeeld volgens leeftijd om zo te kijken of er treffende verschillen of overeenkomsten zijn tussen de jongeren en de ouderen. Het probleem is echter de lage respons van de oudste leeftijdsgroep en dit maakt het moeilijk om een significante vergelijking te maken. Hier kunnen dus geen belangrijke conclusies gemaakt worden.

Hetzelfde wordt voor de mannelijke populatie gedaan, maar ook hier zijn er te weinig antwoorden uit de leeftijdsgroepen 56-65j en 66-75j. Een extra probleem is dat de jongste groep weinig stellingen hoog gequoteerd heeft. Er zijn slechts twee personen uit deze groep (28,6%) die zeggen niet te zijn gekomen omdat ze niet voldoende tijd hebben, het praktisch niet haalbaar is of omwille van andere prioriteiten. Twee van de drie mannen (66,7%) uit de oudste groep zeggen reeds goed zorg te dragen voor hun lichaam of voldoende door hun arts te worden opgevolgd, terwijl dit bij de jongste mannen blijkbaar geen invloedrijke factor is.

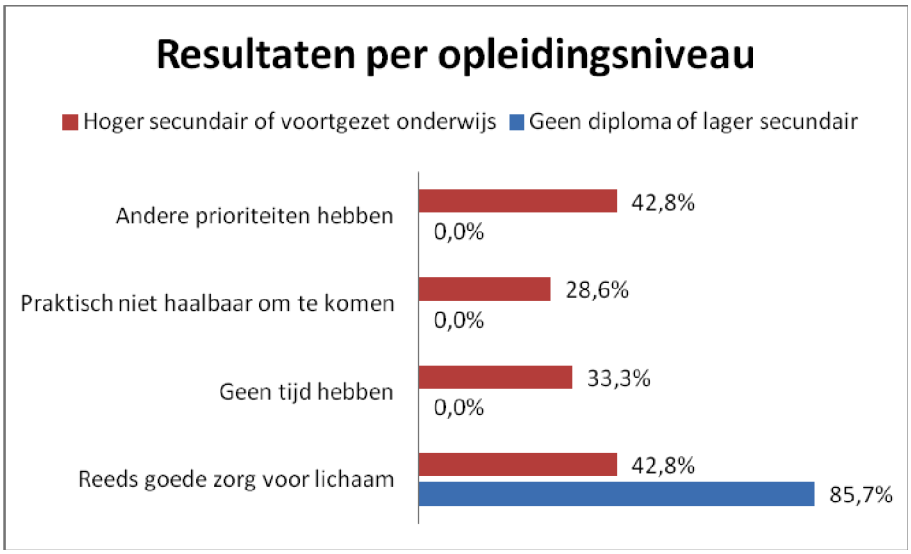
Omdat er evenveel mannen als vrouwen uit de groep 45-55jaar hebben geantwoord, kunnen deze twee subgroepen wel onderling vergeleken worden.(**Figuur 6**) Het grootste verschil wordt gezien in het belang van de goede zorg of opvolging door de huisarts. Vijf van de zeven vrouwen uit deze groep (71,4%) duiden dit aan als een belangrijke reden terwijl dit slechts telt voor één van de mannen (14,3%). Mannen scoren hoger voor tijdsgebrek en het praktisch niet haalbaar zijn vergeleken met de vrouwen (28,6% van de mannen voor beide stellingen vs 14,3% respectievelijk 0% bij de vrouwen). De jonge populatie geeft een lage score voor de stellingen die angst bevatten.
Drie van de zeven vrouwen (42,8%) beschouwen het niet weten wat het preventieconsult is en geen aansporing vanuit de omgeving als belangrijke barrières, bij de mannen is dit slechts één van de zeven (14,3%) voor beiden.



Figuur 6: resultaten leeftijdscategorie 45-55, man vs vrouw

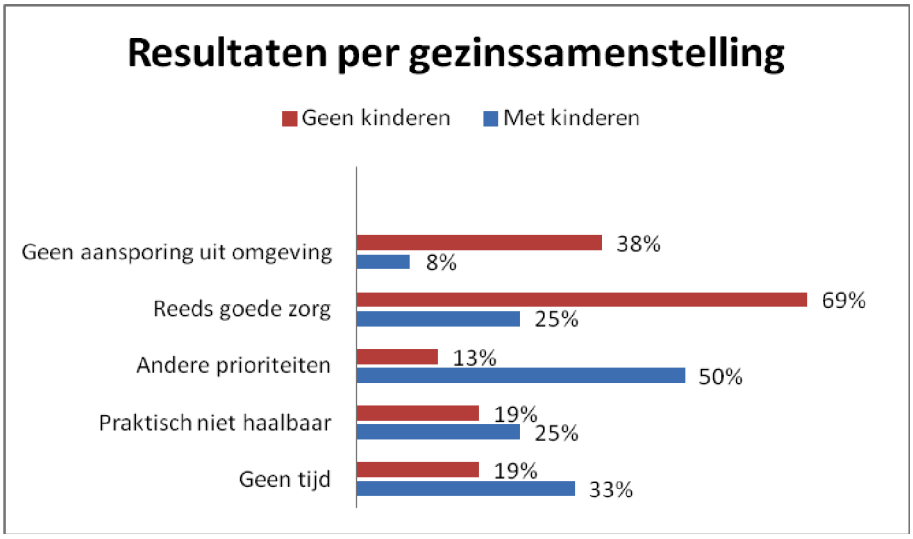
Ondanks het grote verschil in aantal tussen beide groepen, wordt toch gekeken naar de antwoorden van de groep zonder diploma of met diploma lager secundair (bestaande uit zeven personen) en de groep met een diploma hoger secundair of voortgezet onderwijs (21 personen) (**Figuur 7**). De eerste groep zegt reeds goed zorg te dragen voor hun lichaam en/of al voldoende opgevolgd te worden door hun artsen en beschouwen dit dan ook als

een voorname reden om niet op preventieconsult te komen, meer dan de personen die een hogere opleiding genoten hebben (85,7% vs 42,8%). Deze groep geeft ook de praktische redenen zoals het niet voldoende tijd hebben, andere prioriteiten en het praktisch niet haalbaar zijn om te komen een hogere score (respectievelijk 33,3%, 42,8% en 28,6%) vergeleken met de personen zonder diploma of van lager secundair onderwijs (0% voor de 3 praktische stellingen).



Figuur 7: resultaten volgens opleidingsniveau

Tenslotte wordt ook een onderverdeling gemaakt op basis van de gezinssituatie en worden de antwoorden van de personen met kinderen vergeleken met die van zij die kinderloos zijn (**Figuur 8**). De vaststelling is dat wat in de literatuur beschreven wordt, namelijk dat de mensen met een gezin minder tijd hebben, ook voor dit onderzoek klopt. 33,3% van die groep zegt geen tijd te hebben om te komen, 50% heeft andere prioriteiten en voor 25% is het praktisch niet haalbaar. De mensen zonder kinderen scoren voor deze stellingen respectievelijk 18,7%, 12,5% en 18,7%. Treffend is het verschil in het aantal personen die een hoge score geven aan de stelling ‘reeds goede zorg dragen voor het lichaam of het reeds voldoende opgevolgd worden door zijn arts’. 68,7% van de personen zonder kinderen duiden dit aan als een belangrijke of zeer belangrijke afremmende reden en slechts 25% van de groep met kinderen. Er is ook een groot verschil in de waarde die de beide groepen hechten aan de stimulans vanuit de omgeving. 37,5% van de mensen zonder kinderen vinden dit belangrijk, vergeleken met slechts 8,3% van de mensen met kinderen.



Figuur 8: resultaten volgens gezinssamenstelling

Vergelijkingen tussen de verschillende religies en de verschillende origines waren niet mogelijk wegens het lage aantal patiënten in deze subgroepen.

5. DISCUSSIE

5.1.OPVALLENDE PUNTEN

Uit het onderzoek blijken drie belangrijke factoren een invloed te hebben op de beslissing om niet op preventieconsult te komen: 1) geen uitnodiging of herinnering hieraan gekregen hebben, 2) reeds goed zorg dragen voor zijn lichaam en/of opgevolgd worden door de huisarts en 3) niet weten wat het preventieconsult is. Het eerste en het derde punt zijn in principe taken van de huisarts, namelijk informeren en uitnodigen. Ze worden daarom samen meer uitgebreid besproken.

Het ontbreken van een uitnodiging of herinnering wordt door 75% van de respondenten beantwoord als zijnde een heel belangrijke reden. Dit is in tegenstelling tot de bevindingen in de studie naar stimuli, waar weinig belang gehecht wordt aan een uitnodiging. Het is, logischerwijze, wel een facilitator maar is niet het meest doorslaggevende argument. Dit wordt eveneens beschreven in de literatuur.[14,25,26] Daar wordt aangehaald dat een uitnodiging onontbeerlijk is voor deelname maar dat het niet voldoende is om effectief een preventief onderzoek uit te voeren. Een uitnodiging is dus, hoewel niet doorslaggevend, wel cruciaal voor de respons.
Voor dit onderzoek werd een algemene uitnodigingsbrief rondgestuurd naar iedereen tussen 45 en 75jaar. Slechts vijftig personen zijn op preventieconsult gekomen, dit is 6,8% van het totaal aantal uitgenodigden. Volgens de literatuur kan dit te verklaren zijn door de manier van aanspreken in zo'n brief. De patiënten voelen zich door het onpersoonlijke karakter minder aangesproken. Actievere strategieën zoals telefonisch uitnodigen geven een hogere respons. [20,25-26] Maar het motiveert nog meer als je een gepersonaliseerde uitnodiging krijgt [15, 33] of als de huisarts het de patiënt tijdens een consultatie aanraadt, waarbij hij zijn uitleg afstemt op de persoon die voor hem zit en van wie hij de aandachtspunten en barrières kent.[13,19,24]
De derde stelling heeft hier ook mee te maken, namelijk niet weten wat er met het preventieconsult wordt bedoeld. Als de huisarts de patiënt actief uitnodigt, hierbij uitlegt wat het inhoudt en wat het belang ervan is voor de persoon die tegenover hem zit, dan is de kans veel groter dat deze zal komen. In het ander luik van dit onderzoek, waarin op zoek gegaan wordt naar de motiverende factoren, geeft 81,8% van de respondenten aan op voorhand uitleg te hebben gekregen en duidt dit ook aan als een belangrijke stimulans. Een persoon die geen uitleg krijgt, zal misschien niet beseffen wat zijn eigen gezondheidsrisico's zijn, niet weten wat de voordelen van preventie en vroegdetectie zijn en zal dan ook niet de noodzaak voelen om te komen. Dit komt ook in de literatuur[21] en in de focusgroepen aan bod.
In de vragenlijst is er geen enkele stelling die expliciet vraagt naar het voelen van de

noodzaak om te komen, hoewel dit wel in de oorspronkelijke stellingen stond (cfr. **Tabel 1**) Dit werd samengenomen in de vraag " ik heb geen behoefte aan advies".

De tweede belangrijkste factor om niet op preventieconsult te komen, zo blijkt uit de enquête, is de stelling dat men zijn eigen lichaam reeds goed verzorgt of voldoende wordt opgevolgd door zijn arts. Dit zijn twee aspecten die apart bekeken worden.
Ook in de focusgroepen wordt gezegd dat personen die gezond eten, niet roken en sporten, niet meer kunnen doen om gezond te zijn en te blijven. Zij zullen misschien denken niet veel bij te leren tijdens het preventieconsult en zijn daarom minder geneigd om hieraan mee te werken. Dit fenomeen wordt ook in de literatuur beschreven en gelinkt met het feit dat deze personen op het moment van uitnodiging geen vraag naar advies hadden.[22] Men zou dit ook kunnen wijten aan onvoldoende uitleg over het preventieconsult of geen weet hebben van de eigen gezondheidsrisico's. Tijdens het preventieconsult wordt immers niet enkel over de huidige levensstijl gesproken maar ook over de risico's bij bijvoorbeeld familiaal voorkomen van borstkanker. Een gezonde levensstijl kan dat risico niet beïnvloeden. Ook bij deze mensen heeft de huisarts de ideale positie om hen te informeren over het nut van preventie, en het verschil tussen primaire en secundaire preventie.
Reeds goed zorg dragen voor het lichaam kan verder betekenen dat de persoon in kwestie op moment van uitnodiging reeds verschillende preventieve onderzoeken heeft ondergaan, zoals mammografie, controle van de glycemie of hemoccult. Voor hem/haar is het dan niet interessant om nogmaals op preventieconsult te komen.
In de praktijk valt echter op dat het vooral de gezonde mensen zijn, of zij die al goed letten op hun gezondheid, die op preventieconsult komen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de personen die komen zich ook meer interesseren voor preventie en gezonde levensstijl. Of misschien komen ze om bevestiging te krijgen van hun goede levensstijl?
Reeds goed zorgen voor zijn lichaam kan eveneens verwijzen naar de verantwoordelijkheid die men heeft naar de eigen gezondheid toe. Men moet mensen toelaten deze verantwoordelijkheid op te nemen en hen als huisarts niet de hele tijd met tips en adviezen overladen.
Men kan de indruk hebben dat men z'n lichaam goed verzorgt wanneer men geen klachten heeft, zich goed voelt. Preventie slaat zowel op het voorkomen van ziektes enerzijds, als het vroeg ontdekken van aandoeningen anderzijds. Opnieuw gaat het hier om de dubbele inhoud van het preventieconsult, namelijk primaire versus secundaire preventie, wat voor veel mensen onbekend is. En ook hier is de huisarts de ideale persoon om dit uit te leggen.
En tenslotte zoals vermeld wordt door een aantal deelnemers van de focusgroep: iemand kan perfect tevreden zijn met zijn huidige levensstijl, ook al is die niet zoals zou moeten. Een gezonde levensstijl kan voor sommige personen een verlies van levenskwaliteit betekenen. Roken wordt als voorbeeld gegeven. Een roker weet heel goed dat hij een groot risico op longkanker heeft. Maar het plezier en de rust die hij hiervan krijgt primeren

op dat besef. Iemand die na bepaald aantal pakjaren stopt met roken maar toch longkanker krijgt, heeft dit plezier dan opgegeven voor niets.

Het tweede aspect van deze stelling, voldoende opgevolgd worden door zijn arts, duidt op mensen met een chronische aandoening die regelmatig op controle komen bij de huisarts. In de focusgroepen werd ook gezegd dat deze mensen minder snel op preventieconsult zullen komen. Omdat men al frequent bij de huisarts langsgaat, zal men niet nog eens komen om een preventieschema op te stellen. De patiënt komt omwille van de chronische aandoening en wil hierover advies. Hij denkt dan niet meteen aan andere mogelijke gezondheidsproblemen, of hij weet niet van het bestaan van screeningsprogramma's af. Anderzijds, wat ook vermeld wordt in de focusgroepen, hebben patiënten die regelmatig bij de huisarts gaan ook de verwachting dat deze tijdens zo'n opvolgconsult zelf wel over preventie zal beginnen, met andere woorden dat zij het onderwerp niet zelf ter sprake moeten brengen. Zij vertrouwen dat de huisarts hun dossier nauwkeurig bijhoudt en op de juiste tijdstippen een uitstrijkje, herhaling van een vaccin, ... zal aanraden.
Tijdens een controleraadpleging focust de huisarts zich op het evalueren van de huidige ziektetoestand, en al wat erbij komt kijken, en is het vaak moeilijk aan alle nodige preventieve onderzoeken te denken. Hier speelt het EMD een belangrijke rol. Dit is een nuttig instrument om de agenda van de huisarts op te stellen zodat deze tijdens zo'n opvolgconsult herinnerd wordt aan het uitnodigen van de patiënt en uitleggen van het preventieconsult, aangepast aan wat voor de patiënt die tegenover hem zit belangrijk en relevant is.
In de literatuur wordt het hebben van een chronische ziekte ook vernoemd als barrière. [7,22] Men richt al zijn aandacht op het behandelen van deze ene ziekte waardoor men geen tijd heeft om op andere ziektes te testen of men heeft de angst om er nog een chronische aandoening bij te krijgen.

Bij de vergelijking van de resultaten tussen mannen en vrouwen valt op dat de stellingen die een zekere angst impliceren (angst voor het resultaat, angst voor onderzoeken) hoger scoren bij vrouwen dan bij mannen, wat overeenkomt met de ideeën van de focusgroepen. In het ander deel van deze studie, hebben de mannelijke deelnemers echter meer angst om een ernstige ziekte te hebben of te krijgen, en is dat voor hen een reden om wel op preventieconsult te komen. Dit strookt niet met de bevindingen uit de focusgroepen.
In studies die de beïnvloedende factoren voor deelname aan het uitstrijkje en de mammografie onderzoeken, blijkt dat vrouwen hiervoor inderdaad angstig kunnen zijn en ook een zekere schaamte voelen naar het onderzoek en de onderzoeker toe, maar dit zijn test-specifieke barrières.[18-19-20] We vinden geen duidelijke verklaring waarom vrouwen angstiger zijn dan mannen wat betreft het resultaat. Een mogelijke oorzaak ligt bij de media-aandacht voor borst- en baarmoederhalskanker, aandoeningen die enkel vrouwen kunnen hebben. Zij worden vaker geconfronteerd met ziektes die enkel zij kunnen krijgen,

weten er meer over en zijn zich meer bewust van het risico.[36] Tot nu toe zijn er minder campagnes geweest voor andere aandoeningen zoals darmkanker, diabetes, ... en zijn deze dus minder gekend bij de algemene bevolking.
Wat verder opvalt uit het resultaat van de vragenlijsten is dat vrouwen meer vrees hebben voor eventuele extra financiële kosten dan mannen en dit komt ook terug in het verwante onderzoek waarbij de beweegredenen van zij die komen onderzocht wordt.
Het onderzoek is doorgegaan in een groepspraktijk met het forfaitair systeem. De patiënt moet dus niet betalen voor een consultatie, ook niet voor het preventieconsult. Gebaseerd op de literatuur dan zou dit juist drempelverlagend moeten zijn.[15,18,25] Dit komt echter niet naar voren uit de vragenlijsten. Een mogelijke uitleg hiervoor is dat de patiënten wel moeten betalen voor de bijkomende onderzoeken in het kader van een preventieconsult, zoals een bloedname of een coloscopie. Waarom vrouwen hier bezorgder over zijn dan mannen, is onduidelijk.
In de literatuur zijn wel gegevens over de effecten van gratis gezondheidszorg en deelname van de lagere socio-economische klasse aan preventie. Eén studie toont aan dat gebrek aan ziekteverzekering zeker een rol speelt in de participatie aan preventiecampagnes maar dat er nog steeds ongelijkheden worden gezien in landen waar toegang tot de gezondheidszorg gratis is[34]. De groepen met lagere socio-economische status hebben dus naast het financiële extra motivansen nodig om aan preventie te doen. In dit onderzoek wordt niet expliciet gevraagd naar maatstaven van de socio-economische status, enkel naar opleidingsniveau. Er wordt geen verschil gezien tussen de personen met een diploma hoger secundair of voortgezet onderwijs en personen zonder diploma of diploma lager secundair onderwijs. Dit is misschien niet voldoende om zich op te baseren en de socio-economische achtergrond had duidelijker bevraagd kunnen worden. Wel behoort de onderzoekspopulatie over het algemeen tot een lagere socio-economische klasse. (**Bijlage 6**)

In de praktijk worden de preventieconsulten enkel door de HAIO's gegeven en dit wordt ook zo vermeld in de uitnodigingsbrieven (**bijlage 1**). De patiënten kunnen met andere woorden de arts niet kiezen en dit komt in de literatuur naar voren als een mogelijke barrière.[25] Bij het navragen in de focusgroepen blijkt dit echter geen enkel belang te hebben in de keuze wel of niet te komen. Dit is geen volledig betrouwbaar antwoord gezien de focusgroepen door de HAIO's begeleid werden en men dit misschien niet vrijuit durfde te zeggen. Het wordt echter ook niet in de vragenlijsten vermeld omdat het uiteindelijk niet bij de meest vernoemde barrières stond.

In deze praktijk is het belangrijk rekening te houden met het geloof en fatalisme. Er zijn meer dan vijftig nationaliteiten in de patiëntenpopulatie en een groot deel ervan is moslim. Dit kan enkele gevolgen hebben en deze worden ook in de focusgroepen vermeld.
Met fatalisme wordt de overtuiging dat onze bestemming al vastligt bedoeld. Als men ziek wordt, dan staat dit vast in ons lot en daar kan preventie niets aan veranderen. Dus

waarom dan de angst en stress van preventie-onderzoeken ondergaan?
Het geloof zou verbonden kunnen zijn met dat fatalisme, zowel bij katholieken als bij moslims. Allah beslist over gezondheid en ziekte, over leven en dood. Daar heeft bijvoorbeeld een hemoccult geen invloed op.
Er zijn heel veel moslima in deze praktijk en ook dat kan moeilijkheden met zich meebrengen. Hierover bestaan duidelijke gegevens in de literatuur.[16] Zo is er het taboe van fysiek contact tussen een vrouwelijke patiënt en een mannelijke arts (en vice versa voor mannelijke moslims) of de schaamte om naakt te zijn.
In de Arabische landen is het gezondheidszorgsysteem anders geregeld, de aandacht is vaak meer gericht op een curatief beleid. Kankerscreening wordt er aangeraden voor diagnostische doeleinden en niet als secundaire preventie. Goede gezondheid wordt er eerder opgevat als de afwezigheid van zichtbare symptomen. Kanker wordt door moslims vaak beschouwd als een fatale ziekte en dus als doodsvonnis, vooral als het de vrouwelijke geslachtsorganen aangaat. Dit kan dan ervaren worden als een straf van Allah of als een test van hun geloof en geduld. In beide gevallen moeten ze dit gewoon aanvaarden.[16]

Volgens de deelnemers van de focusgroepen zouden minder jongere personen (45 – 55j) op preventieconsult komen dan ouderen (66-75j). Dit omdat zij hiervoor minder tijd hebben maar ook omwille van hun leeftijd. Iemand van 46 jaar heeft minder klachten dan iemand van 66 jaar. Zij hebben daardoor minder schrik om een ziekte te krijgen of zijn zich minder bewust van hun risico, op bijvoorbeeld ouderdomsdiabetes.
Bij de vergelijking met de resultaten van de vragenlijsten, en ook met de groep die op preventieconsult kwam, worden een aantal verschillen waargenomen.
Tijdens het uitvoeren van de preventieconsulten viel op dat eerder de jonge patiënten kwamen, 62% 45-55 jaar ten opzichte van 16% van 56-65 jaar en 22% 66-75 jaar, en vooral zij die zichzelf goed verzorgden. Volgens de focusgroep kan dit door twee stellingen verklaard worden. De jonge mensen die komen zouden zich meer interesseren in preventie. Anderzijds hebben de jongere patiënten, volgens de discussiegroepen, een groter verantwoordelijkheidsgevoel voor de eigen gezondheid dan de ouderen wiens kinderen reeds volwassenen en misschien ook al op pensioen zijn. Mensen met een gezin en job moeten zichzelf verzorgen om geld in het laatje te brengen en te kunnen zorgen voor hun kinderen en misschien ook hun ouders.
Deze mogelijke verklaring uit de focusgroep komt in het ander deel van dit onderzoek niet als dusdanig naar voren. Het verantwoordelijkheidsgevoel scoort er bij de drie leeftijdscategorieën even hoog. Hier moet echter wel rekening gehouden worden met de kleine sample waarop dit onderzoek gebeurd is (22 ingevulde vragenlijsten, 50 verstuurd). Er zou misschien wel een groter verschil zijn indien meer ingevulde vragenlijsten gekregen werden.

Zowel in de literatuur [13, 15,18-19,22] als in de focusgroepen komt regelmatig het argument van tijd en andere prioriteiten ter sprake. De meeste mensen die niet gekomen zijn, hebben

hiervoor geen tijd omwille van andere prioriteiten. Deze twee punten (“ Geen tijd” en “Andere prioriteiten”) komen in de vragenlijsten niet naar voren als zijnde belangrijk.

5.2. ALGEMENE OPMERKINGEN

Bij dit onderzoek zijn een aantal opmerkingen te maken.
Vooreerst zijn er de focusgroepen. Ze zijn een goede manier om kwalitatief onderzoek te verrichten en te bepalen wat speelt en leeft in de doelgroep. De beperkte ervaring van de moderatoren is echter een belangrijke beperking. Alles wat besproken werd, werd tot stellingen verwerkt. Dat dit (in beperkte mate) onderhevig is aan onze subjectieve interpretatie is onvermijdbaar. Ook werd de neutrale rol van de moderator niet steeds gerespecteerd, en werd het gesprek af en toe te veel in een bepaalde richting gestuurd.
Waar niet aan te ontkomen valt, is de bias doordat mensen die aan dergelijke discussie deelnemen, al een iets ander profiel hebben. Zij staan open voor onderzoek en mogelijk ook al meer voor preventie. Dat is duidelijk te merken in de Engelse groep, waar iedereen zeer positief is over preventie en het belang ervan voor onze gezondheid, iets wat in de algemene populatie niet het geval is. In diezelfde groep is er mogelijk een overrepresentatie van Filipijnen en in de Franse groep van Moslims, dit is vrij conform de verdeling in deze praktijk, maar niet representatief voor de algemene populatie. Dat er geen aparte Nederlandstalige discussie georganiseerd werd, benadeelt deze subgroep mogelijks in de uiteindelijke studie, het weerhield sommigen ervan deel te nemen, de anderen moesten dan weer in een andere taal dan hun moedertaal mee dicussiëren.
Er zijn dus duidelijk tekortkomingen van het voorbereidend onderzoek, maar toch werd geprobeerd de verzamelde informatie zo correct mogelijk te gebruiken.

Wellicht de belangrijkste beperking van de studie is de lage respons. Op 150 verstuurde enquêtes, werden 28 antwoorden ontvangen. Dit is te weinig om een statistische analyse op toe te passen en bijgevolg wordt gekozen voor een louter beschrijvende studie. De meest opvallende waarnemingen worden weergegeven en de mogelijke tendensen besproken.
De oorzaak van dit gebrek aan enthousiasme is onbekend. Het is wel een vaststelling die ook anderen die onderzoek deden naar het preventieconsult maakten. In de literatuur wordt beschreven dat bij lagere socio-economische status men een lagere medewerking aan enquêtes kan verwachten. Was dit iets wat bij deze populatie, in een forfaitaire praktijk met heel wat patiënten die lager op de sociale ladder staan, meespeelt? (zie **bijlage 6** voor een beschrijving van de populatie)
Wat hier ook mogelijks een rol speelt, is de taalbarrière. Veel van de patienten spreken noch Engels, noch Frans, noch Nederlands. Bovendien zijn er, vooral onder de oudere populatie, best wat ongeletterden. Een belangrijk struikelblok is verder dat veel adressen niet up-to-date zijn, veel enquêtes zijn dan ook ongeopend teruggezonden.
Een laatste, mogelijk verklarende factor is de tijd tussen het uitnodigen voor het

preventieconsult (december – januari 2012) en het ontvangen van de enquête (november 2012). Veel mensen wisten niet meer waar dit over ging.

Bij nader inzien zijn de stellingen in de vragenlijst vrij suggestief, vrij negatief getint. Hier wordt zowat alles als minder belangrijk aangegeven. Daarenboven gaat een deel van de informatie verloren door de stellingen te groeperen, toch leek dit op dat moment de beste keuze.

5.3. OPLOSSINGEN

Bij het voorbereidend onderzoek, de literatuurstudie en de focusgroepen, komen er een aantal oplossingen aan bod, mogelijkheden om de respons te verhogen.
Men gaf tijdens de discussie het voorbeeld van bloeddonatie: hieraan deelnemen zou het gevoel geven een ander te helpen maar is ook iets waarbij je andere mensen kan leren kennen. Ook om te sporten zijn sommigen meer gemotiveerd als het in groepverband gebeurt. Het lijkt dus dat dit groepsgevoel preventie kan bevorderen en hierbij is een voorstel om collectieve informatiesessies te organiseren, aangevuld door individuele consulten.

Er werd gesproken over oplossingen in de media. Indien er meer “reclame” gemaakt wordt, zullen meer mensen weten waar het preventieconsult om draait en dan ook eerder komen. Men zou beroep kunnen doen op bekende personen om de ziekte/ campagne een gezicht te geven.[25]

Een andere suggestie van één van de deelnemers was het preventieconsult te verplichten vanuit de overheid of aan te pakken zoals borstkanker, namelijk campagnes opzetten en iedereen vanaf 45 tot 75 jaar om de twee jaar een uitnodiging versturen.

Ook in de literatuur zijn een aantal tips terug te vinden zoals de toegankelijkheid verbeteren door een informatieve website of door een infolijn te organiseren en actievere uitnodigingsstrategieën te gebruiken, zoals hierboven reeds beschreven.

Tenslotte wordt opnieuw verwezen naar het belang van de huisarts. Preventie zal een steeds groter aandeel aannemen in diens takenpakket. Om efficiënt te werken en daarbij de werkdruk zo laag mogelijk te houden, kan hij hierbij hulp gebruiken. Betere tools kunnen ontwikkeld worden om hem te ondersteunen bij het aanhalen van argumenten om deel te nemen.[13] Taken kunnen mogelijks gedelegeerd worden naar collega’s in de eerste lijn. Technologische innovaties kunnen hem in de toekomst helpen om aan gezondheidspromotie te doen.[29]

Ter samenvatting wordt in **figuur 9** een schematische analyse weergegeven van het onderzoek, met de sterktes en zwaktes en de kansen en bedreigingen naar de toekomst toe.



Figuur 9: SWOT analyse

5.4. NIEUWE ONDERZOEKSVRAGEN

- Hoe tevreden is men na een preventieconsult? Vinden patiënten dit nuttig en zouden ze terugkomen?
- Wat is de outcome van het preventieconsult? De positieve effecten van bijvoorbeeld borstkankerscreening voor de algemene bevolking zijn gekend, maar het is nog niet gekend of het preventieconsult op lange termijn de outcome verbetert.
- De huisarts en de eerste lijn zijn de steunpilaren van een goed preventief beleid. Welke tools kunnen helpen, naast de gezondheidsgids, om deze taak makkelijker te maken? Welke innovaties zijn mogelijk in de praktijk om efficiënter aan preventie te doen?

- Preventieconsulten uitvoeren kan voor de huisarts tijdrovend zijn. Om de werkdruk te verlagen, kan de huisarts meer taken delegeren naar bijvoorbeeld een verpleegster, praktijkassistente of preventieconsulente. Hoe werkt dit in de praktijk en wat zijn de voor- en nadelen?

6. CONCLUSIE

In onze praktijk namen slechts vijftig personen deel aan het preventieconsult, ondanks meerdere manieren van uitnodigen.
In dit deel van een tweeledig onderzoek wordt onderzocht waarom dit het geval is, wat de barrières zijn die bij onze patiëntenpopulatie leven.
Ter voorbereiding werd een literatuurstudie uitgevoerd om de reeds gekende factoren op een rijtje te zetten. Vervolgens werd hun relevantie in de onderzoekspopulatie getoetst, via twee focusgroepen die hun mening gaven over deze gekende barrières. Beide resultaten werden verwerkt tot een enquête.
Drie factoren blijken belangrijk te zijn, namelijk **geen uitnodiging of reminder** hebben gekregen, **reeds goed zorg dragen voor zijn eigen lichaam of voldoende opgevolgd** worden door de arts en tenslotte **niet weten wat het preventieconsult is** of wat het precies inhoudt.
De huisarts kan dus op meerdere vlakken inspanningen doen om de opkomst te verhogen. Ten eerste moet op zoek gegaan worden naar betere manieren om de patiënten uit te nodigen. In deze multiculturele, forfaitaire praktijk is de persoonlijke uitnodiging tijdens een consultatie, vermoedelijk de beste manier. Tijdens zo'n raadpleging kan men de informatie afstemmen op de patiënt en ook rekening houden met wat geweten is uit het medisch dossier, de persoonlijke en de familiale voorgeschiedenis. Het up to date houden van het EMD is hierbij van groot belang en een tweede belangrijke verantwoordelijkheid van de arts. De vragenlijst van Domus Medica is een handige tool om de gegevens op gesystematiseerde wijze in te voeren, maar een belangrijke tekortkoming hiervan is dat hij enkel in het Nederlands bestaat.
Indien ook adreswijzigingen en dergelijke goed worden bijgehouden, vermijdt men dat patiënten geen uitnodiging ontvangen. Dit is in deze praktijk een groot probleem en waarschijnlijk één van de oorzaken van de lage opkomst. Een mogelijke piste hier is het verzamelen van emailadressen en gsm-nummers om in de toekomst nieuwe communicatiemiddelen te exploreren, zoals het uitnodigen/herinneren via email of sms.
Om de respons te verhogen zouden ook alle artsen de patiënten consequent moeten uitnodigen. Een pop-up bij het openen van het elektronisch medisch dossier zou hierbij een geheugensteuntje kunnen zijn.
Informatieve brochures kunnen de arts helpen om in discussie te treden met patiënten en bepaalde misverstanden, taboes en/of angsten te weerleggen. De gezondheidsgids van domus medica en de bijhorende patiëntenfolders zijn een eerste stap in de goede richting, maar een eenvoudiger, visueler informatieboekje gericht aan de patiënt zou hier een grote meerwaarde kunnen hebben.
In verband met deze brochures en bewustmaking van de bevolking valt ook op dat meer collectieve acties een positieve invloed kunnen hebben. Zo zou een groeps-infosessie nuttig kunnen zijn en zouden de media en overheid een belangrijke rol kunnen spelen.

Tenslotte kunnen de informatieve brieven of brochures in verschillende talen in de wachtzaal gelegd worden, zodat ook de mensen die het Frans of het Nederlands niet voldoende beheersen, toch de uitleg kunnen krijgen.

Dit alles is echter louter onze subjectieve interpretatie. Om tot breed toepasbare, significante resultaten te komen, is gelijkaardig onderzoek op grotere schaal en in verschillende settings noodzakelijk.

7. REFERENTIES

(1) Federale Overheidsdienst Economie. De kaap van 80 jaar overschreden. Statistics Belgium 2013. Beschikbaar via: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/organisatie/adsei/informatie/statbel/in_de_kijker_archief/in_de_kijker_2013/de_kaap_van_80_jaar_overschreden.jsp . Geraadpleegd 2013 februari 3.

(2) Whiting DR, Guariquarta L, Weil, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diab Res Clin Pract 2009; 94:311–321.

(3) Koopmans B, Nielen M MJ, Schellevis FG, Korevaar JC .Non-participation in population based disease prevention programs in general practice. BMC Public Health 2012, 12:856

(4) World Health Organisation Europe. Highlights on health in Belgium 2004. Beschikbaar via: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/103206/e88544.pdf. Geraadpleegd 2013 april 25.

(5) Cochrane T, Davey R, Iqbal Z, Gidlow C, Kumar J, Chambers R, Mawby Y. NHS health checks through general practice: randomized trial of population cardiovascular risk reduction. BMC Public Health 2012 Nov 1;12:944.

(6) Godefrooij MB, van de Kerkhof RM, Wouda PJ, Vening RA, Knottnerus JA, Dinant GJ, Spigt MG. Development, implementation and yield of a cardiometabolic health check. Fam Pract 2012 Apr; 29(2): 174-81.

(7) Dundar PE , Ozyurt BC, Erdurak K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. ScientificWorldJournal 2012; 2012: 816903.

(8) Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Gezondheidsdoelstellingen. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/. Geraadpleegd 2013 februari 3.

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

(10) Domus medica. De Gezondheidsgids. Domus Medica actief voor huisarts en kringen 2010. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids/2811-de-gezondheidsgids.html. Geraadpleegd 2013 februari 3.

(11) Vandenberghe S, Cosyn E. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Gent: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; 2012.

(12) Pauwels L. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Antwerpen: Faculteit Geneeskunde; 2011.

(13) García M, Borràs JM, Milà N, Espinàs JA, Binefa G, Frenandez E, Farré A, Pla M, Cardona A, Moreno V. Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. Prev Med. 2011 Mar-Apr;52(3-4):265-7.

(14) Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, Johnson RE, Krist AH, Rothemich SF, Vernon SW. The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. Am J Prev Med. 2010 May ; 38(5): 499–507.
(15) Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, Johnson RE, Krist AH, Rothemich SF, Vernon SW. Patient-reported barriers to colorectal cancer screening: a mixed-methods analysis. Am J Prev Med. 2010 May; 38(5): 508-516.
(16) Salman KF. Health beliefs and practices related to cancer screening among Arab Muslim women in an urban community. Health Care Women Int. 2012;33(1):45-74.
(17) Redwood-Campbell L, Fowler N, Laryea S, Howard M, Kaczarowski J. 'Before you teach me, I cannot know': immigrant women's barriers and enablers with regard to cervical cancer screening among different ethnolinguistic groups in Canada. Can J Public Health 2011;102(3):230-34.
(18) Watson-Johnson LC, DeGroff A, Steele CB, Revels M, Smith JL, Justen E, Barron-Simpson R, Sanders L, Richardson LC. Mammography adherence: a qualitative study. J Womens Health (Larchmt). 2011 Dec ;20 (12):1887-94.
(19) Püschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera, S. 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding the barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. Family Practice 2010; 27: 85-92.
(20) Burak LJ, Meyer M. Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. Health care women Int. 1997 May-June; 18(3): 251-262.
(21) Pearlman DN, Clark MA, Rakowski W, Ehrich B. Screening for Breast and Cervical Cancers: The Importance of Knowledge and Perceived Cancer. Survivability. Women & Health, Vol. 28(4) 1999.
(22) Nielsen KDB, Dyhrb L, Lauritzen D, Malterud K. You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. Fam Pract. 2004 Feb;21(1):28-32.
(23) Koopmans B, Nielen MJ, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. BMC Public Health 2012, 12:856.
(24) Wilkins T, Gillies RA, Harbuck S, Garren J, Looney SW, Schade RR. Racial disparities and barriers to colorectal cancer screening in rural areas. J Am Board Fam Med. 2012 May-Jun;25(3):308-17.
(25) Blomberg K, Tishelman C, Ternestedt BM, Törnberg S, Levál A, Widmark C. How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in stockholm, sweden. Acta Oncol. 2011 Jan;50(1):112-20.
(26) Bonfill X, Castillejo MM, Vila MP, Marti J, Emparanza JI. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1.
(27) Stinchfield Patricia K. Practice-Proven Interventions to Increase Vaccination Rates and Broaden the Immunization Season. The American Journal of Medicine 2008; 121(7):11-21.

(28) Wardle J, McCaffery K, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. SOC SCI MED , 59 (2) 249 – 261.
(29) McManus A. McManus A. Health promotion innovation in primary health care. AMJ 2013, 6, 1, 15-18.
(30) Janz, N. K.; Becker, M. H. (1 January 1984). "The Health Belief Model: A Decade Later". Health Education & Behavior 11 (1): 1–47.
(31) Clarke P, Eves F. Applying the Transtheoretical Model to the Study of Exercise on Prescription. J Health Psychol 1997 2: 195-207.
(32) Prochaska, JO; Velicer, WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997 Sep–Oct;12(1):38–48. Accessed 2009 Mar 18.
(33) Gierisch JM, DeFrank JT, Bowling JM, Rimer BK, Matuszewski JM, Farrell D, Skinner CS. Finding the minimum intervention needed for sustained mammography screening. Am J Prev Med. 2010 Oct;39(4):334-44.
(34) Miles A, Rainbow S, von Wagner C. Cancer fatalism and poor self-rated health mediate the association between socioeconomic status and uptake of colorectal cancer screening in EnglandCancer Epidemiol Biomarkers Prev . 2011 October ; 20(10): 2132–2140.
(35) Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. J Med Screen 2005;12:20–27.
(36) Ramos M, Llagostera M, Esteva M, Cabeza E, Cantero X, Segarra M, MartÍn-Rabadán M, Artigues G, Torrent M, Taltavull JM, Vanrell JM, Marzo M, Llobera J. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. BMC Cancer 2011,11:408.

8. BIJLAGEN

1. Uitnodigingsbrief
2. Beschrijving patientenpopulatie gekomen op preventieconsult
3. Informed consent
4. Vignetten besproken tijdens de focusgroepen
5. Vragenlijst
6. Beschrijving algemene patiëntenpopulatie 45-75j

Bijlage 1: Uitnodigingsbrief

BETER VOORKOMEN DAN GENEZEN!

Preventieconsult bij de huisarts

Beste patiënt(e),

Het overgrote deel van de mensen gaat naar de huisdokter als men ziek valt.
Maar wist u dat het minstens even nuttig is om eens langs te komen als u niet ziek bent?
Echt waar!

Er zijn immers een heleboel ziektes en aandoeningen die we kunnen helpen voorkomen of opsporen door er gewoon op tijd bij te zijn of de juiste informatie of medicatie te geven.

Enkele van die ziektes of aandoeningen:

- Kankers van baarmoeder, dikke darm of borst
- Hartaanval of beroerte
- Tetanus, griep
- Suikerziekte

Wist je bijvoorbeeld dat alle vrouwen vanaf 25jaar best om de 3 jaar een uitstrijkje laten uitvoeren? Dat je op je 50ste best eens bloed laat nemen om te zien of je geen verhoogde suikerwaarde in je bloed hebt? Dat roken niet enkel slecht is voor je longen, maar ook voor je hart en bloedvaten, je huid, je maag en je darmen...?Enzovoort.

Je ziet, een heleboel dingen die we best eens controleren!
Bent u tussen 45 en 75jaar, kom dan eens op preventieconsultatie!

Tijdens deze consultatie besteden we exra aandacht aan uw gezondheidsrisico's en stellen u daarom enkele vragen, gezien we hier in de dagelijkse praktijk niet altijd tijd voor hebben.
Om te verzekeren dat alles aan bod komt, vragen we u hiervoor een aparte, dubbele afspraak (40 min) te nemen.

We raden ieder van jullie aan om de vragenlijst op de volgende pagina in te vullen en een preventieconsultatie bij dr. Sylke of dr. Marieke te plannen. We zullen dan voor u een persoonlijk preventieplan opstellen.

Heeft u nog vragen?
Aarzel dan niet om ons te contacteren!
Dr. Marieke Priem en Dr. Sylke Van Dierdonck

Bijlage 2: Beschrijving patiëntenpopulatie gekomen op preventieconsult

In totaal kwamen 50 personen op preventieconsult waarvan 30 (60%) vrouwen en 20 (40%) mannen.
Er de jongere patiënten, met een leeftijd tussen 45 en 55jaar, waren talrijker dan de oudere 2 leeftijdsgroepen (62% tov 16% van 56-65j en 22% 66-75j).

10 (20%) personen zijn van Belgische afkomst, de overige 40 hadden een andere origine waaronden Filippijns (35%), Marokkaans (32,5%), 15% Zuid-Amerikaans, 7,5% Turks, 7,5 Afrikaans en 2,5% andere.

46 (92%) personen wonen in het Brussels Gewest, de overige (8%) wonen hierbuiten.

25 (50%) personen van de 50 die gekomen zijn op het preventieconsult wonen samen met kinderen, 7 (14%) van de 50 wonen samen met hun partner zonder kinderen, 15 (30%) zijn wonen alleen en 3 (6%) wonen zonder partner maar met kinderen.

Ook in deze groep hebben we gekeken naar de cardiovasculaire risicofactoren. 6 van de 50 (16%) lijden aan diabetes, evenveel (16%) aan hypertensie en 3 (6%) hypercholesterolemie. 2 personen (4%) roken. Wat betreft de respiratoire aandoeningen zijn is er 1 persoon (2%) die gekend is met COPD en ook 1 (2%) met astma.

Bijlage 3: Informed Consent

Beste Patiënt,

Eerst en vooral willen wij u bedanken voor uw deelname!

In wat volgt staat meer informatie over de bedoeling en het verloop van deze focusgroep.

Wij onderzoeken waarom mensen al dan niet deelnemen aan het preventieconsult, dit is een raadpleging speciaal gericht op gezondheidsrisico's en preventie.

In de medische literatuur zijn al een aantal factoren aan het licht gekomen, maar ook uw mening interesseert ons. Ongetwijfeld zijn er zaken waar wij niet aan denken maar die voor u wel evident zijn en dus belang hebben voor de deelname aan het preventieconsult. U, als patiënt, bekijkt dit van een andere kant en dit kan ons ver vooruit helpen, daarom organiseren we dit groepsgesprek!

Tijdens de focusgroep zullen we u 4 fictieve casussen voorleggen, die een korte beschrijving bevatten van de persoon en zijn situatie en de vermelding of deze al dan niet op preventieconsultatie is gekomen.
Graag willen wij van u weten aan welke redenen u denkt bij deze specifieke persoon.

Het gaat daarbij dus niet over uw eigen ervaring en of u deelgenomen hebt, maar louter over de persoon voorgesteld in de casus. Het is de bedoeling dat u samen met de rest van de groep luidop nadenkt over de mogelijke beweegredenen van deze persoon.

Met camera en dictafoon wordt het gesprek geregistreerd opdat wij, de twee onderzoekers, achteraf alles in detail kunnen bekijken en alle gegeven informatie kunnen verwerken.

Wij willen wel benadrukken dat deze verwerking volledig anoniem zal gebeuren en dat het beeldmateriaal niet gebruikt wordt voor derden en in publicaties. Er zal vertrouwelijk met het materiaal worden omgegaan zoals vastgelegd in de Belgische wet. Bij het beeindigen van ons onderzoek, zal alle materiaal vernietigd worden.

Uw bijdrage aan dit gesprek is geheel vrijwillig en u kunt op elk moment nog steeds beslissen uw deelname te staken.

Indien dit voldoende duidelijk is en u akkoord gaat met dit voorstel, gelieve hieronder te tekenen.

Datum…

Handtekening…

Hartelijk bedankt,
Dr. Marieke Priem
Dr. Sylke Van Dierdonck

Bijlage 4: Vignetten besproken tijdens de focusgroepen

Vignetten waarbij persoon niet is gekomen:

1) Een 45-jarige vrouw heeft 3 kinderen (8j – 12j – 16j) en is huisvrouw.
   Zij lijdt niet aan een chronische ziekte en heeft momenteel ook geen enkele klacht.
   In de familie heeft zij een tante die lijdt aan suikerziekte type 2, maar er zijn geen andere familiale aandoeningen.
   Zij is niet gekomen op preventieconsultatie. Waarom niet?

2) Een 53-jarige man en werkt als zelfstandige.
   Hij heeft sinds een jaar last van een verhoogde bloeddruk en neemt hiervoor ook medicatie. Hij komt regelmatig langs bij zijn huisarts en zijn bloeddruk is nu goed gecontroleerd.
   Uit zijn familiale voorgeschiedenis weerhouden we darmpoliepen bij de moeder en zijn vader is op 75-jarige leeftijd overleden door een hartinfarct.
   Deze man is niet gekomen op preventieconsult. Waarom niet?

Vignetten waarbij persoon wel is gekomen:

1) Een 66-jarige dame, op pensioen en heeft gewerkt als kassierster, is gekend met suikerziekte type 2 en verhoogde bloeddruk. Zij neemt hiervoor medicatie en komt regelmatig op controle bij de huisarts.
   In de familiale voorgeschiedenis weerhouden we borstkanker bij haar jongere zus en een thrombose in de hersenen bij haar moeder op jongere leeftijd (55jaar).
   Zij is ingegaan op de uitnodiging tot preventieconsult. Wat zouden haar motieven kunnen zijn?

2) Een 48-jarige man, vader van 2 kinderen, werkt als bediende in een bankkantoor.
   Hij heeft momenteel geen klachten en heeft geen enkele ziekte. In het verleden heeft hij af en toe een verkoudheidje of griepje doorgemaakt, maar nooit ernstigere ziektes gehad.
   In zijn familiale voorgeschiedenis zijn er geen bijzonderheden te weerhouden.
   Deze man in ingegaan op de uitnodiging tot het preventieconsult.
   Wat zouden zijn motieven kunnen zijn?

Bijlage 5: Vragenlijst

Beste patiënt

U bent op preventieconsult geweest. Dit is een raadpleging waarin we de tijd nemen om u wat beter te leren kennen. We bekijken hoe we de gezondheidsadviezen op uw levensstijl kunnen afstemmen.

In het kader van een afstudeerproject onderzoeken Dr Sylke Van Dierdonck en Dr Marieke Priem de redenen waarom mensen wel of niet deelnemen aan een dergelijk consult.

Groepspraktijk De Sleutel hecht al jarenlang veel belang aan preventie en we hopen dit efficiënter te kunnen doen door de barrières en stimulerende factoren te kennen. Wij geloven dat we u zo beter kunnen begeleiden en een betere zorg kunnen verlenen.

Op de achterzijde vindt u een enquête met mogelijke verklaringen waarin we u vragen aan te duiden wat voor u van toepassing is. Dit zal slechts enkele minuten in beslag nemen. We vragen u ook enkele algemene gegevens in te vullen die ons zullen helpen bij de verwerking van de antwoorden. De volledige vragenlijst is anoniem. Uw deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en zal in geen geval het verdere contact met de artsen van De Sleutel beïnvloeden.

Indien u wenst deel te nemen, gelieve dan de ingevulde vragenlijst bij ons in de bus te steken of op te sturen naar De Sleutel, Haachtsesteenweg 276, 1030 Schaarbeek.
Uw antwoord is erg belangrijk voor ons.

Alvast bedankt,
Dr Sylke Van Dierdonck en Dr Marieke Priem
Dr Claire Geraets, Dr Rita Vanobberghen, Dr Nele Vandenbempt, Dr Joke Hertogen en Dr Filip Vanderoost

<u>Algemene gegevens:</u>

Geslacht: Man / Vrouw
Hoe oud bent u? ..... jaar
Eigen geboorteland: ..... Religie: ……
Geboorteland moeder: ……. Geboorteland vader: ……

Gezinssamenstelling:
- o Samenwonend of getrouwd, met kinderen (aantal:.....)
- o Samenwonend of getrouwd, zonder kinderen
- o Niet samenwonend met kinderen (aantal:.....)
- o Niet samenwonend zonder kinderen
- o Andere: ……..

Diploma:
- o Geen of lager onderwijs
- o Lager secundair onderwijs
- o Hoger secundair onderwijs
- o Voortgezet onderwijs (universiteit, hogeschool,…)

o Andere: …….

Enquête:

Wat volgt zijn de verklaringen. U dient aan te geven hoeveel belangrijk deze zijn geweest bij de beslissing op preventieconsult te komen. U doet dit aan de hand van een schaal waarbij

0 = Totaal niet belangrijk
1 = Niet belangrijk
2 = Wel belangrijk
3 = Heel erg belangrijk

Ik ben niet op preventieconsult gekomen. De volgende factoren hebben bij deze beslissing een rol gespeeld:

Het is praktisch niet haalbaar voor mij (geen transport, te ver, geen opvang voor kinderen):	0	1	2	3
Ik kan me niet herinneren een persoonlijke uitnodiging of herinnering gekregen te hebben:	0	1	2	3
Ik heb schrik voor financiële kosten:	0	1	2	3
Ik heb geen behoefte aan advies:	0	1	2	3
Ik heb geen tijd om te komen:	0	1	2	3
Ik weet niet wat preventie en/of het preventieconsult is:	0	1	2	3
Ik heb andere prioriteiten (gezin, werk):	0	1	2	3
Ik ben niet geïnteresseerd in preventie:	0	1	2	3
Ik ken niemand die op preventieconsult is gekomen:	0	1	2	3
Ik heb schrik voor het resultaat, ik weet het liever niet als ik ziek ben:	0	1	2	3
Ik ben er nu niet aan toe om mijn gedrag en/of levensstijl eventueel te veranderen:	0	1	2	3
Ik heb slechte ervaringen met preventie en heb geen vertrouwen hierin:	0	1	2	3
Ik heb schrik voor medische onderzoeken (bloedname, uitstrijkje, mammografie):	0	1	2	3
Het preventieconsult zou voor mij té confronterend zijn:	0	1	2	3
Ik verzorg mijn lichaam al goed en/of word al voldoende opgevolgd door mijn arts:	0	1	2	3
Andere:……	0	1	2	3

Bijlage 6. Beschrijving algemene patiëntenpopulatie 45-75j

Er werden in totaal 776 patiënten uitgenodigd, 312 (40,2%) mannen en (59,8%) vrouwen.
Van deze groep waren er 407 (52,4%) met een leeftijd tussen 45 en 55 jaar, 266 (34,3%) tussen 56 en 65jaar en 103 (13,3%) tussen 66 en 75jaar. Slechts 110 patiënten (14,1%) zijn van Belgische afkomst, de rest heeft een allochtone origine (27,2% Marokkaans, 21,8% Filippijns, 6,7% Turks, 6,1% Zuid-Amerikaans, 5,1% Afrikaans en 19% heeft een nog andere roots)
674 (86,8%) personen uit de groep wonen in één van de 19 gemeenten van het Brussels Gewest, de overige 102 (13,1%) wonen erbuiten, verspreid over de andere provincies. De gezinssituatie is moeilijk terug te vinden in de medische dossiers omdat dit voorlopig nergens in het dossier staat genoteerd.

Er werd ook gekeken naar het beroep en de cardiovasculaire risicofactoren. Deze gegevens zijn echter nog niet bij alle patiënten naar behoren in het EMD ingevuld, het beroep wordt nog niet systematisch in het dossier genoteerd. De onderstaande cijfers zijn dus een schets van de risicofactoren, gebaseerd op de lijsten die via de statistische functies van Medidoc konden geëxtraheerd worden.
Ongeveer 169 (21,8%) patiënten zijn obees en 86 (11,0%) personen roken. 86 (8,8%) hebben diabetes mellitus en 185 (23,4%) lijden aan arteriële hypertensie. 30 personen (3,9%) hebben in hun diagnoselijst hypercholesterolemie staan.
Het lijden aan astma en COPD werd eveneens opgezocht daar dit twee aandoeningen zijn waarvoor op regelmatige basis, zo niet dagelijks, medicatie moet genomen worden. Ongeveer 35 (4,4%) personen lijden aan astma en 13 (1,7%) aan COPD.

Een groot deel van de patiënten komt uit een lagere socio-economische klasse. Dit is moeilijk te objectiveren, gezien het gebrek aan gegevens in het EMD. Wel kan een algemene beschrijving van de situatie in Brussel en in de buurt van de groepspraktijk een beeld geven.
Meer dan een kwart van de Brusselaars (28,3 %) moet zien rond te komen met een inkomen onder de armoederisicogrens. Een vijfde van de Brusselaars die zich aanbieden op de arbeidsmarkt is werkloos, de werkloosheidsgraad bij jongeren (18-24 jaar) bedraagt 31,2 %. In het Brusselse Gewest verlaat een jongen op 5 en een meisje op 6 de school vroegtijdig zonder een diploma hoger secundair onderwijs. Deze jongeren ondervinden grote moeilijkheden om zich in te schakelen op de arbeidsmarkt; slechts een derde (34,0 %) van deze laaggeschoolde jongeren is tewerkgesteld. Van de Brusselaars tussen 25 en 34 jaar is een vijfde laaggeschoold.
De praktijk bevindt zich in Schaarbeek, op de grens met Sint-Joost-Ten-Node. Beiden staan in de top 5 van slecht scorende gemeentes wat betreft werkloosheid en schoolachterstand. Sint-Joost-Ten-Node is bovendien de armste gemeente van het land.

Bron: Luyten S, Masuy A, De Spiegelaere M, Mazina D. Welzijnsbarometer. Brussels armoederapport 2012. Brussel: Obervatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel; 2012. p.74.