KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Hoe kan een call recall methode, vertrekkende van de bekende gegevens in het EMD, de GMD+ status van de patiënt vervolledigen?

Registratie van lifestylefactoren en sociale determinanten in een huisartsenpraktijk

Dr. Loretta Tadevosian, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Frank Buntinx, Department of General Practice

K.U. Leuven & U.Maastricht

Co-promotoren: Dr. Marc Martens, Dr. Harrie Dewitte, huisartsenpraktijk Geneeskunde voor het Volk Genk

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Hoe kan een call recall methode, vertrekkende van de bekende gegevens in het EMD, de GMD+ status van de patiënt vervolledigen?

Registratie van lifestylefactoren en sociale determinanten in een huisartsenpraktijk

Haio: Dr. Loretta TADEVOSIAN

Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Frank BUNTINX

Co-promotor: Dr. Marc Martens, Dr. Harrie Dewitte, Geneeskunde voor het Volk Genk

Praktijkopleider: Dr. Milly Thoolen, Geneeskunde voor het Volk Genk

Context:

Van hun patiënten registreren huisartsen vlot in het EMD, persoonsgegevens en medische gegevens, zoals subjectieve klachten, objectieve bevindingen, diagnoses, medicaties en behandelingen. De registratie van lifestylefactoren, socio-economische determinanten, waaronder arbeidsgerelateerde determinanten van de patiënten, ontbreekt bijna steeds. Nochtans bestaat een uitgebreide wetenschappelijke literatuur, die aantoont dat deze factoren in belangrijke mate gezondheid en welzijn kunnen beïnvloeden.

Onderzoeksvraag: via welke methode, kunnen we van de patiënten in onze huisartsenpraktijk een aantal persoonsgegevens, lifestylefactoren en sociale determinanten, waaronder ook arbeidsgerelateerde determinanten, registreren in het EMD? Wat kunnen we uit deze gegevens leren over onze patiëntenpopulatie? Kunnen we op die wijze eventuele risicogroepen in onze patiëntenpopulatie opsporen?

Methode (literatuur & registratiewijze): We vertrokken van de GMD+ kampagne van Domus Medica. Onze literatuurstudie leerde ons echter, dat naast de lifestylefactoren, ook de sociale determinanten waaronder arbeidsgerelateerde determinanten, een grote rol spelen in gezondheid en welzijn. Door middel van een patiëntenenquête voerden we een cross-sectioneel beschrijvend onderzoek uit. Hierbij poogden we om in een periode van drie maanden, bij minstens 70% van onze patiëntenpopulatie van 18 jaar en ouder, bovenstaande determinanten te verzamelen. Hierbij werd maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden van het EMD.

Resultaten: In drie maanden registreerden we bij 72,5% van onze onderzoekspopulatie de gewenste parameters. We kennen nu van de grote meerderheid van onze patiënten van 18 jaar en ouder, gewicht en lengte (BMI), rookgedrag, consumeren van groenten en fruit, de bewegingsstatus, de algemene socio-economische determinanten diploma en inkomen en de arbeidsgerelateerde determinanten werkplaats, fysiek/bureauwerk, en de actuele werkstatus. Analyse hiervan leert ons dat diploma, inkomen en werken omgekeerd gerelateerd zijn aan rookstatus.

Conclusies: Ons onderzoek bewijst dat huisartsen in staat zijn om niet enkel lifestylefactoren te registreren zoals wordt gevraagd in de GMD+ kampanje, maar ook algemene en arbeidsgerelateerde sociaal economische determinanten bij hun patiënten kunnen registreren in het EMD. Met deze gegevens, kunnen we in de toekomst verbanden onderzoeken tussen deze data en de in het EMD geregistreerde diagnoses, zoals diabetes, hypertensie, atheromatose, kanker, enz. We kunnen hiermee ook een beter individueel risicoprofiel opmaken van elke patiënt of hiermee gerichte specifieke preventiekampanjes opzetten, voor risicogroepen in onze patiëntenpopulatie.

E-mail: loretta.tadevosian@gvhv.be

ICPC-code: Z05

Inhoudsopgave

INLEIDING 5

HET BELANG VAN SOCIO-ECONOMISCHE DETERMINANTEN EN LIFESTYLEFACTOREN VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN 6

WAT IS ALLEMAAL VAN INVLOED OP GEZONDHEID EN WELZIJN ? 6
Dahlgren en Whitehead 6
Onderlinge verhouding tussen lifestylefactoren en socio-economische determinanten 6
LIFESTYLEFACTOREN 7
SOCIO-ECONOMISCHE DETERMINANTEN 7
De sociale gradiënt als voorbeeld van een socio-economische determinant 7
Op welke wijze is de plaats op de sociale gradiënt gerelateerd aan gezondheid ? 7
Arbeidsgerelateerde determinanten 8
Socio-economische determinanten als multifactorieel cluster 8
Socio-economische determinanten en gezondheid en welzijn 8
Geschiedenis van de sociale geneeskunde 8
Niet overdraagbare aandoeningen 9
Belang van socio-economische determinanten voor gezondheid en welzijn 9
Socio-economische determinanten en gezondheid: een dialectische relatie 10
Socio-economische determinanten en inequity 10
Socio-economische determinanten en gezondheidsbeleid. 10
De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en socio-economische determinanten 10
Socio-economische determinanten: nood aan een multidisciplinaire aanpak 11
Socio-economische determinanten en participatief beleid 12
SOCIO-ECONOMISCHE DETERMINANTEN EN LIFESTYLEFACTOREN EN DE HUISARTS 12
Huisartsen en hun plaats in het gezondheidsbeleid 12
Registreren van socio-economische determinanten en lifestylefactoren door de huisarts 13
ONDERZOEKSVRAGEN VOOR DE VELDSTUDIE 13

METHODE VAN HET VELDONDERZOEK 14

OPZET VAN ONS ONDERZOEK 14
Domus Medica en GMD+ 14
Verschil tussen ons onderzoek en de GMD+ registratie 14
PATIËNTENPOPULATIE 15
De huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk 15
Bestaffing en localisatie praktijk 15
Patiëntenpopulatie van de praktijk 15
Vast ingeschreven patiënten en forfaitcontract met het RIZIV 16
Selectie van de patiëntenpopulatie in het onderzoek 16
DE ENQUÊTE 16
Het enquêteformulier 16
Keuze van de in de enquête op te nemen gegevens 17
Persoonsgegevens 17
Klinische gegevens 17
Lifestylefactoren 17
Algemene en arbeidsgerelateerde socio-economische determinanten 17
Algemene socio-economische determinanten 17
Arbeidsgerelateerde socio-economische determinanten 17
Organisatie van de vragen in het enquêteformulier 18
Informed Consent en advies Ethische Commissie 18
DATAVERZAMELING 18

Enquête aanbieden via verschillende kanalen *18*
Chronologie van de enquête *19*
Eerste verzending enquête 19
Invullen enquêtes op de praktijk 19
Tweede verzending 19
Extra maatregelen 19
Einde dataverzameling 20
Registratie en controle data *20*
Controle van de ingevulde vragenlijsten 20
Analyse *20*

RESULTATEN 21

Persoonsgegevens *22*
Klinische gegevens *23*
Lifestylefactoren *23*
Rookstatus 23
Groenten en fruit 24
Beweging 24
Socio-economische determinanten *25*
Algemene socio-economische determinanten *25*
Diploma 25
Gezinsinkomen 26
Arbeidsgerelateerde determinanten *26*
Fysiek versus bureauwerk 27
ANALYSE VAN DE RESULTATEN 27
Geslacht: *27*
Leeftijd: *27*
Gezinsinkomen: *28*
Opleidingsniveau (diploma) en Gezinsinkomen: *28*
Werken en type werk: *28*

BESPREKING 29

BESLUIT EN AANBEVELINGEN 31

DANKWOORD 32

REFERENTIES 33

Inleiding

Huisartsen registreren in het elektronisch medisch dossier (EMD) een aantal persoonsgegevens en medische gegevens van hun patiënten, zoals subjectieve klachten en objectieve bevindingen van het klinisch onderzoek. Het EMD van een huisartsenpraktijk wordt op die manier een uitgebreide databank met allerlei strikt medische gegevens van hun patiëntenbestand. De registratie van een aantal lifestylefactoren en belangrijke algemene en arbeidsgerelateerde socio-economische determinanten van de patiënten, ontbreekt echter bijna steeds in het EMD.

Nochtans bestaat er een uitgebreide wetenschappelijke literatuur die aantoont dat deze factoren in belangrijke mate gezondheid en welzijn kunnen beïnvloeden[1]. De invloed van sociale determinanten op de gezondheid wordt actueel als dermate belangrijk geacht, dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het werken rond sociale determinanten als absolute prioriteit stelt[2]. Alleen door "de oorzaken achter de oorzaken van de ziekten" breed en gecoördineerd, maar ook met specifieke programma's, wereldwijd aan te pakken, kan er een oplossing komen voor de vaak schrijnende gezondheidsverschillen tussen verschillende sociale klassen in één land of tussen verschillende landen onderling[3].

Huisartsen hebben de laatste jaren zeker al meer aandacht voor een aantal lifestylefactoren, die ook de gezondheid van patiënten kunnen beïnvloeden, zoals gewicht, rookgedrag, eetgedrag en mate van bewegen. In Vlaanderen promoot de huisartsenorganisatie Domus Medica[4] nu een preventiekampanje in de huisartsgeneeskunde, onder de naam GMD+. Hierbij worden een aantal lifestylefactoren geregistreerd en aangepakt. In de praktijk blijkt het echter niet eenvoudig te zijn om alle in de GMD+ kampanje gevraagde gegevens te verzamelen. Bij een korte navraag onder collegae huisartsen, bleek de kampanje tot nu geen groot succes te zijn, ondanks het feit, dat er een financiële vergoeding wordt voorzien voor de huisarts, per patiënt waarvan hij de gegevens compleet verzamelt.

In dit onderzoek poogden we, bij een zo groot mogelijk deel van onze patiëntenpopulatie, deze lifestylefactoren en een aantal socio-economische determinanten voor gezondheid, waaronder enkele arbeidsgerelateerde determinanten, te registreren. Daarnaast poogden we ook een aantal persoonsgegevens van onze patiënten, zoals telefoonnummer, gsm - nummer en emailadres, te actualiseren. We stelden ons tot doel, om een responsratio te behalen van minimum 70% van onze patiëntenpopulatie van 18 jaar en ouder, en dat binnen een termijn van ongeveer drie maanden. Het was duidelijk dat dit slechts haalbaar zou zijn indien we hiervoor een echte kampanje zouden opzetten binnen onze patiëntenpopulatie, en we alle medewerkers van onze huisartsenpraktijk zouden gemotiveerd krijgen om hieraan mee te werken.

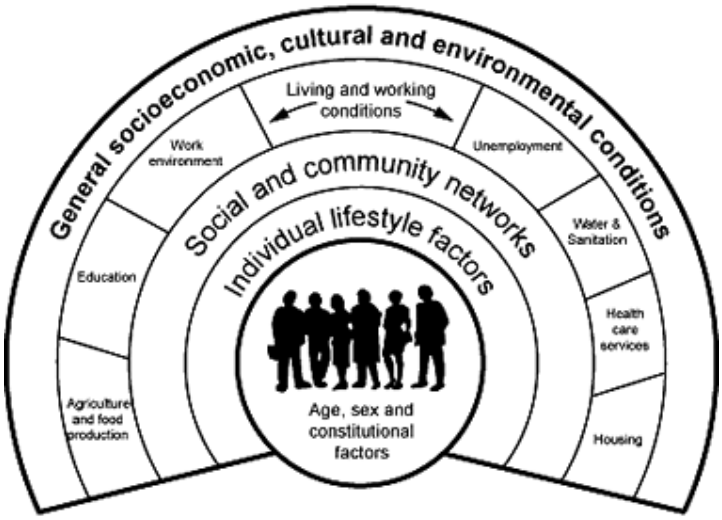
In dit verslag beschrijven we in een eerste deel, wat we leerden uit onze literatuurstudie en hoe we ons enquêteformulier opstelden. Verder beschrijven we onze dataverzameling, de registratie en de analyse van de gegevens. In een tweede deel bespreken we de behaalde resultaten. Daarna proberen we vanuit een voorlopige analyse van de behaalde resultaten, een zicht te krijgen op specifieke kenmerken binnen onze patiëntenpopulatie en mogelijke risicogroepen hierin.

Het belang van socio-economische determinanten en lifestylefactoren voor gezondheid en welzijn

Wat is allemaal van invloed op gezondheid en welzijn ?

Dahlgren en Whitehead

In 1991 publiceerden Dahlgren en Whitehead[5] een grafiek (figuur 1) met een overzicht van factoren die gezondheid en welzijn beïnvloeden. Centraal staan de factoren die persoonsgebonden en onveranderbaar zijn en niet door omgevingsfactoren worden beïnvloed, zoals geslacht, leeftijd en constitutie. Op het tweede niveau plaatsten zij de factoren die horen bij de individuele levensstijl, zoals roken, alcoholgebruik, voedingsgedrag, de mate van bewegen, enz. Op het derde niveau kwamen alle factoren die aangeven in welke mate we deel uitmaken van sociale netwerken en contacten hebben met leden van onze leefgemeenschap. Op het vierde niveau organiseerden zij alle determinanten die te maken hebben met socio-economische omstandigheden, zoals diploma, inkome,, opvoeding, arbeidsgerelateerde determinanten, woonomstandigheden en voorzieningen van gezondheidszorgen. Op het vijfde en laatste niveau vinden we de algemene socio-economische, culturele en milieuomstandigheden van de maatschappij. Al deze factoren kunnen gezondheid en welzijn beïnvloeden.



Figuur 1: Factoren van invloed op gezondheid en welzijn. Dahlgren en Whitehead 1991.

Onderlinge verhouding tussen lifestylefactoren en socio-economische determinanten

Uit de grafiek van Dahlgren en Whitehead blijkt duidelijk dat de lifestylefactoren op het tweede niveau, individueel inwerkende parameters zijn, terwijl de socio-economische determinanten van het vierde niveau, werken op populatieniveau, maar daardoor ook op individuen inwerken. Natuurlijk kunnen socio-economische determinanten en lifestylefactoren elkaar ook wederzijds beïnvloeden. Ons individueel voedingspatroon, een lifestylefactor, zal mee beïnvloed worden door bijvoorbeeld de reclame voor bepaalde voedingsmiddelen, wat dan weer een door de maatschappelijke context bepaalde socio-economische determinant is. Een voorbeeld van hoe we trachten hierop in te spelen, vinden we in het verbod op reclame voor snoep tijdens TV programma's voor kinderen. Vergelijkbaar is het algemeen verbod op reclame voor roken.

Een ander voorbeeld van interactie is deze tussen een persoonsgebonden kenmerk zoals het geslacht, dat onveranderlijk is, en socio-economische determinanten. We weten dat in bijna alle landen in de wereld vrouwen onder minder gunstige voorwaarden leven en werken en een lager

inkomen hebben. Op die manier kan geslacht op een indirecte wijze gezondheid en welzijn toch sterk gaan beïnvloeden.

Lifestylefactoren

Lifestylefactoren, zoals roken, gebruik van alcohol, de mate waarin iemand beweging heeft, of het voedingspatroon, kunnen gezondheid en welzijn in belangrijke mate beïnvloeden. Ook hiervoor bestaat vandaag een grote wetenschappelijke onderbouwing. Dit is zeker het geval voor wat betreft de invloed van roken op de gezondheid, sinds het baanbrekende werk van Sir Richard Doll[6]. We hebben vandaag verder uitgebreid wetenschappelijk onderzoek, dat wijst naar een relatie tussen lifestylefactoren als voedingspatroon en beweging en de invloed hiervan op obesitas, diabetes, hartvaataandoeningen en borstkanker[7].De impact van deze lifestylefactoren zijn zeer goed in kaart gebracht in de nieuwe Gezondheidsgids van Domus Medica[8].

Socio-economische determinanten

Wat verstaan we onder "socio-economische determinanten voor gezondheid en welzijn" ? Het betreft hier factoren, die bepalen onder welke sociale en economische omstandigheden mensen opgroeien en leven, en die op diverse wijze hun gezondheid en welzijn kunnen beïnvloeden. Zo is het evident dat bijvoorbeeld toegankelijkheid van gezondheidszorg van invloed kan zijn, maar evenzeer kunnen ongezonde woon- of arbeidsomstandigheden een negatieve invloed hebben op gezondheid en welzijn.

Over welke socio-economische determinanten spreken we dan? In de literatuur worden een tiental determinanten weerhouden[9], namelijk: **"sociale gradiënt", "stress", "de jonge leeftijd", "werk", "werkloosheid", "sociale steun", "verslaving", "voeding" en "transport"**. De manier waarop en hoe deze determinanten inhoudelijk worden ingevuld, kan sterk verschillen van individu tot individu, of van populatie tot populatie binnen een land of tussen landen onderling.

De sociale gradiënt als voorbeeld van een socio-economische determinant

Hoe een socio-economische determinant werkt, kunnen we best uitleggen aan de hand van de "sociale gradiënt". De sociale gradiënt geeft in feite aan, waar we een individu of een groep kunnen plaatsen op de maatschappelijke ladder. Dit zal afhangen van het diploma dat men heeft behaald, de hoogte van het inkomen, de maatschappelijke plaats ten opzichte van het arbeidsproces (werkgever, werknemer), enz. De plaats die men inneemt op de sociale gradiënt, gaat dan mee bepalen in welke mate een individu of een groep, gebruik kan maken van allerlei rechten en voordelen. Het kan bijvoorbeeld mee bepalend zijn voor welke ziekteverzekering je kan betalen, of in welk deel van de stad je kan gaan wonen, of je huis een grote tuin zal hebben, naar welke school je kinderen zullen kunnen gaan, enz. Deze sociale gradiënt vinden we terug in alle landen en hij is er voor alle individuen van een maatschappij, van hoog tot laag. De plaats op de maatschappelijke ladder zal natuurlijk totaal verschillende omstandigheden creëren voor iemand in een Derde Wereldland, dan in een rijk westers land, maar de onderlinge verschillen ten opzichte van deze sociale gradiënt, vinden we overal terug.

Op welke wijze is de plaats op de sociale gradiënt gerelateerd aan gezondheid ?

Onderzoek toont aan dat naarmate individuen en populaties lager staan op de sociale gradiënt, ze meer gezondheidsproblemen hebben dan individuen of populaties die hoger staan. Enkele concrete voorbeelden, kunnen dit duidelijk maken. Sinds jaren weten we uit de Framingham Heart Study[10], dat werknemers die vooral fysieke arbeid verrichten (blue collars) anders scoren op hartvaatstoornissen

en gezondheidsrisico's hiervoor, dan werknemers die vooral bureauwerk doen (white collars). Dit onderzoek bewijst ook dat blue collars en white collars ook een verschillende levensverwachting hebben en verschillen in het aantal jaren ziektevrije levensverwachting. Een ander voorbeeld, van het effect van de sociale gradiënt, zien we aan de mortaliteitscijfers van de kindersterfte[11]. Indien we een bevolkingsgroep indelen in verschillende inkomensklassen en dan gaan kijken naar de mortaliteitscijfers van de kinderen, dan valt op dat er een duidelijk verschil is te zien in het aantal overleden kinderen tussen deze klassen. Hoe lager de sociale klasse, hoe hoger de kindersterfte. Dit is zeker zo in landen waar het inkomen erg laag is, maar het verschil blijft ook duidelijk aanwezig in rijke landen. Opvallend hierbij is ook, dat in de meer gegoede klassen, met de hoogste inkomens, de tweede hoogste klasse toch nog steeds een hogere kindersterfte blijft vertonen dan de hoogste klasse. Het effect van het verschil aan inkomen, als één factor van de sociale gradiënt, blijft een meetbaar effect over de hele lijn, van hoog tot laag[12].

Arbeidsgerelateerde determinanten

Arbeidsgerelateerde determinanten maken ook deel uit van de grote groep socio-economische determinanten en kunnen gezondheid en welzijn beïnvloeden. Daarom hebben we ervoor gekozen om ook enkele relevante arbeidsgerelateerde determinanten op te nemen in onze registratie.

De aard van het werk dat iemand doet of deed, of het werkloos zijn, kunnen van invloed zijn op gezondheid en welzijn van de persoon of zijn gezin. Hele groepen met hetzelfde beroep kunnen blootstaan aan identieke of vergelijkbare gezondheidsrisico's en dezelfde pathologieën in hogere mate ontwikkelen. De afgelopen jaren zijn de arbeidsomstandigheden in dergelijke mate kwalitatief verslechterd in onze westerse wereld, dat vandaag grote groepen van onze werknemers kampen met stress tengevolge van de werkomstandigheden. Arbeid wordt onzekerder en veel flexibeler georganiseerd dan vroeger. Een onderzoek uitgevoerd in Vlaamse huisartsenpraktijken, bewees dat flexibel werkende werknemers, tot 40% meer gezondheidsklachten ontwikkelen, met een belangrijke toename in lichamelijke, psychische en slaapgerelateerde klachten[13].

Het geheel van de arbeidsgerelateerde determinanten is een zeer uitgebreid terrein, dat intensief wordt onderzocht.

Socio-economische determinanten als multifactorieel cluster

Het geheel van al de socio-economische determinanten samen genomen, werkt in feite als een multifactoriële constructie, van wederzijds op elkaar inwerkende factoren. Ze kunnen elk apart van invloed zijn, of elkaars effect versterken of afzwakken. Ze kunnen op verschillende wijzen en op verschillende tijdstippen in een mensenleven, de kansen op persoonlijke ontplooiing en gezondheid sterk beïnvloeden, en dat zowel voor individuen, gezinnen, grotere populaties, of zelfs hele landen[14].

Alle socio-economische determinanten allemaal in detail beschrijven is hier niet mogelijk. Over elke socio-economische determinant en zijn effect op gezondheid is echter veel literatuur te vinden.

Socio-economische determinanten en gezondheid en welzijn

Geschiedenis van de sociale geneeskunde

De vraag in hoeverre maatschappelijke en sociale omstandigheden van belang zijn voor ziekte en gezondheid, is doorheen de geschiedenis van de geneeskunde, niet altijd identiek beantwoord. In een zeer lezenswaardig essay [15] schetst Prof. J.P. Mackenbach, de geschiedenis van de "sociale geneeskunde" in relatie tot de klassieke geneeskunde in de afgelopen 250 jaar. Enerzijds beschrijft hij

de artsen die vooral de nadruk legden op de directe oorzaken en behandeling van ziekten (bvb: de ziekte wordt veroorzaakt door een microbe, en daarvoor is een specifieke behandeling, bvb een antibioticum nodig). Anderzijds zijn er de afgelopen 250 jaar ook steeds artsen geweest, die onderzoek deden naar de " oorzaken achter de oorzaken van de ziekte" en daarvoor naar oplossingen zochten. Zij stelden bvb. vast dat bepaalde ziekten, die als infectieus werden verklaard, toch in sterk verschillende mate voor kwamen in verschillende maatschappelijke groepen. Zo kwam TBC bijvoorbeeld duidelijk meer voor bij de armere sociale klassen. Deze artsen wezen naar het belang van woonomstandigheden, gebrek aan goede voeding en armoede, als verklarende oorzaken voor het meer voorkomen van veel gezondheidsproblemen in de lagere sociale klassen. In de loop van de geschiedenis hebben beide kampen hun succesperiodes gehad.

Niet overdraagbare aandoeningen

Vandaag worden we in de westerse landen echter vooral geconfronteerd met een toename van niet overdraagbare aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten, COPD. We kampen met een sterke toename van psychische aandoeningen, zoals stress, depressies en zelfmoorden. In Derde Wereldlanden die zich economisch ontwikkelen en hierbij geleidelijk een westers levenspatroon overnemen, zien we identieke problemen ontstaan. Doordat de levensomstandigheden wijzigen, krijgen mensen andere voedingsgewoonten, gaan ze minder bewegen of veranderen arbeidspatronen.

De toename van de niet overdraagbare aandoeningen, zoals atheromatose en kanker, hebben vandaag ook de maatschappelijke oorzaken van dergelijke ziekten, weer op het voorplan gebracht. Het in kaart brengen van de toestand van van de sociale determinanten in populaties, wordt vandaag daarom als zeer belangrijk ingeschat.

Belang van socio-economische determinanten voor gezondheid en welzijn

In welke mate zijn deze sociale determinanten dan in feite van belang voor gezondheid en welzijn? Zijn sociale determinanten een bijkomstigheid in het geheel van alle mogelijke oorzaken van pathologie of spelen ze in belangrijke mate mee?

Onderzoek toont vandaag duidelijk aan, dat de boven genoemde socio-economische determinanten, een groot deel van de variantie in de morbiditeit en mortaliteit in diverse populaties kunnen verklaren. Vandaag trap je een open deur in met de vaststelling dat ongeschoolde werknemers met een lagere opleiding en een lager inkomen, beduidend korter leven en minder jaren gezond leven dan hoger geschoolden. Dit wordt vandaag door veel onderzoek onderbouwd. Maar er zijn veel schrijnender voorbeelden van hoe enkel de maatschappelijke, politieke en sociale omstandigheden extreem grote gezondheidsverschillen kunnen veroorzaken. Zo heeft een barende vrouw in Zweden vandaag één kans op 17400 om te overlijden tijdens of na de bevalling. In Afghanistan heeft een vrouw vandaag één kans op acht om te overlijden bij een bevalling[16]. In Ijsland overlijden 2 kinderen op 1000 in het eerste levensjaar, terwijl er in Mozambique 120 op 1000 overlijden. Dit kan enkel worden verklaard door de extreem verschillende maatschappelijke omstandigheden, waaronder de sterk verschillende beschikbaarheid van gezondheidszorg.

Sociale determinanten kunnen ook het oplossen van gezondheidsproblemen bemoeilijken, of belemmeren. Zo kunnen medische voorzieningen niet aanwezig zijn in bepaalde landen of onbetaalbaar zijn voor mensen met een laag inkomen.

Socio-economische determinanten en gezondheid: een dialectische relatie

Aanwezigheid van ziekte en vervroegde sterfte kunnen mee aan de basis liggen, waarom bepaalde ongunstige maatschappelijke situaties moeilijker of helemaal niet meer opgelost geraken en langdurig problematisch blijven. We kennen het voorbeeld van de depressieve patiënt die de kracht niet meer vindt om zijn problemen nog aan te pakken en op te lossen, en hierdoor in een vicieuze cirkel terecht komt. Een ander voorbeeld vinden we in de problemen in een regio waar door herhaalde bedrijfssluitingen een populatie achterblijft met een hoog aantal werklozen en gezinnen met lage inkomens. Ook daar zullen diverse gezondheidsproblemen toenemen, wat op zich dan ook weer een ongunstigere situatie schept om de onderliggende problemen op te lossen.

Ziekte en negatief inwerkende sociale determinanten kunnen op die manier elkaar versterkende factoren worden.

Socio-economische determinanten en inequity

De term "inequity" ("lack of equity; injustice; unfairness; onrechtvaardigheid"), refereert naar een aspect van morele beoordeling van de belangrijke gezondheidsverschillen en de oorzaken daarvan in de wereld. Deze verschillen worden als "unfair", oneerlijk ervaren om twee redenen. Ten eerste omdat het om vermijdbare gezondheidsverschillen en overlijdens gaat[17]. Ten tweede omdat deze onaangepaste sociaal - economische omstandigheden voor zoveel miljarden mensen het leven problematisch maken, hun gezondheid bedreigen en verhinderen dat ze optimaal hun leven kunnen ontplooien. Het begrip inequity refereert ook naar de oneerlijkheid in de belangrijke inkomensverschillen binnen onze maatschappijen en tussen verschillende landen onderling in onze wereld. Op die manier ontstaat een besef, dat indien we iets willen veranderen aan de grote gezondheidsverschillen in onze maatschappijen, we de onrechtvaardige socio-economische verschillen tussen mensen en landen zullen moeten aanpakken.

De problematiek van sociale ongelijkheid heeft vandaag ook al belangrijke gevolgen in Europa. Inkomensverschillen alleen al leiden tot een berekenbare jaarlijkse oversterfte van meer dan 700.000 individuen in de lagere sociale klassen in de Europese Gemeenschap. Dergelijke vermijdbare oversterfte zou een jaarlijks economische verlies veroorzaken van 141 miljard euro of 1,35% van het bruto nationaal product van heel Europa, door een verminderde economische productie en een toename aan gezondheidsuitgaven[18]. Dit zijn zeer hoge cijfers. Ze bewijzen echter dat het aanpakken van "de oorzaken achter de oorzaken van ziekten" vandaag hoog op de agenda moet worden gezet in ons beleid, ook in de gezondheidszorg.

Socio-economische determinanten en gezondheidsbeleid.

De gezondheidsverschillen veroorzaakt door het effect van alle bovengenoemde sociale determinanten, en het besef dat ze leiden tot oneerlijke situaties, die dringend moeten opgelost worden, stellen ons vandaag voor belangrijke uitdagingen. Op de eerste plaats in de gezondheidszorg en het financieel beleid in de gezondheidszorg, maar in feite ook op een veel bredere schaal.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en socio-economische determinanten

Werken aan de verbetering van sociale determinanten voor gezondheid en welzijn, wordt vandaag door de WHO hoog op de agenda geplaatst. De WHO heeft al in de afgelopen vijftien jaren, meerdere malen belangrijke standpunten ingenomen over het belang van de sociale determinanten voor gezondheid en welzijn. Een overzicht hiervan is te vinden in de tekst van de WHO-resolutie WHA62.14 van 22 mei 2009 (Reducing Health Inequities through Action on the Social Determinants

of Health[19]). In 2008 publiceerde de WHO het rapport: "Closing the Gap in one Generation"[20], met daarin:

" *Social justice is a matter of life and death. It affects the way people live, their consequent chance of illness, and their risk of premature death. We watch in wonder as life expectancy and good health continue to increase in parts of the world and in alarm as they fail to improve in others. A girl born today can expect to live for more than 80 years if she is born in some countries – but less than 45 years if she is born in others. Within countries there are dramatic differences in health that are closely linked with degrees of social disadvantage. Differences of this magnitude, within and between countries, simply should never happen. These inequities in health, avoidable health inequalities, arise because of the circumstances in which people grow, live, work, and age, and the systems put in place to deal with illness. The conditions in which people live and die are, in turn, shaped by political, social, and economic forces. ../..*

The development of a society, rich or poor, can be judged by the quality of its population's health, how fairly health is distributed across the social spectrum, and the degree of protection provided from disadvantage as a result of ill-health. ../...

The Commission calls on the WHO and all governments to lead global action on the social determinants of health with the aim of achieving health equity. It is essential that governments, civil society, WHO, and other global organizations now come together in taking action to improve the lives of the world's citizens. Achieving health equity within a generation is achievable, it is the right thing to do, and now is the right time to do it."

De WHO stelt, dat we vandaag worden geconfronteerd met dramatische en snel verslechterende socio-economische determinanten, en dat in grote gebieden van de wereld. Dit zal in de nabije toekomst zware gezondheidsproblemen veroorzaken voor grote groepen van de wereldbevolking. Willen we een dergelijke negatieve evolutie stoppen, dan moeten we vandaag maatregelen nemen.

In oktober 2011 organiseerde de WHO in Rio de Janeiro, Brazilië, de "World Conference on Social Determinants of Health"[21]. Het doel van deze internationale conferentie was het werken aan de verbetering van sociale determinanten in gang te zetten of te versnellen, en dat in alle landen in de wereld. De conferentie stelde vast, dat door de actuele wereldwijde economische crisis, en de daarmee gepaard gaande achteruitgang in socio-economische omstandigheden, in vele landen de nood aan actie urgent is geworden. De eindverklaring van deze conferentie ("*Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*"[22]) geeft een gedetailleerde lijst van mogelijkheden om de problemen rond socio-economische determinanten in de wereld concreet aan te pakken. Toch was er in Rio ook kritiek op de werking van de WHO, want een hele reeks alternatieve organisaties stelden in Rio de Janeiro een "*Alternative Declaration*[23]" op, waarin ze de aanpak van de WHO op diverse punten bekritiseerden. Over het principe dat het aanpakken van de problemen rond sociale determinanten dringend en noodzakelijk is, is ieder het wel eens.

Socio-economische determinanten: nood aan een multidisciplinaire aanpak

Het probleem met socio-economische determinanten is echter, dat ze strikt genomen, meestal geen "medische" problemen zijn. Artsen alleen kunnen deze problemen meestal niet verbeteren of oplossen. Internationale relaties tussen landen die handel en economie en daardoor ook gezondheid beïnvloeden, kunnen niet door artsen alleen worden veranderd. Ook problemen op kleinere schaal, zoals bijvoorbeeld een probleem van vochtige en beschimmelde woningen, kan niet alleen door artsen worden opgelost, maar zij zullen wel worden geconfronteerd met de gevolgen voor de

patiënten. Hetzelfde geldt voor een gezin waarvan de kostwinner werkloos word en dat daardoor financiële problemen krijgt, wat dan weer de kans op stress en andere gezondheidsproblemen verhoogt. Dergelijke problemen aanpakken vergt een multidisciplinaire aanpak. Het vereist organisatie en een brede samenwerking. Vaak vereist dit ook, dat de betrokkenen zelf in actie komen en hiervoor de mogelijkheid moeten krijgen. Om dit proces te faciliteren en zoveel mogelijk partners hierbij te betrekken, organiseerde de WHO een website[24] met een contactforum, waar iedere geïnteresseerde zich kan inschrijven en deelnemen aan de discussies, en voorstellen uitwerken en aan concrete projecten deelnemen. Intussen zijn op internet verscheidene van dergelijke fora actief. Er is in de wereld een hele beweging op gang gekomen rond het thema van de sociale determinanten.

Omdat de concrete problemen met de socio-economische determinanten verschillen per regio, heeft men de aanpak van deze problemen in heel de wereld per werelddeel georganiseerd. Voor Europa is een "task force" aangesteld, onder het voorzitterschap van Prof. Michael Marmot[25], een pionier en expert op het vlak van socio-economische determinanten van ziekte en gezondheid. Actueel brengen ze de situatie van de socio-economische determinanten in Europa in kaart. Het is de bedoeling dat in de nabije toekomst door de diverse overheden beleidslijnen worden uitgewerkt op basis van deze studies.

Socio-economische determinanten en participatief beleid

Problemen met sociale determinanten verwijzen vaak naar de verantwoordelijkheid van de maatschappij zelf, of de regeringen, of het beleid... Ze verwijzen naar de noodzaak om tot maatschappelijke veranderingen te komen. Regeringen krijgen van de WHO, samen met de regering van South - Australia, in het rapport "*Adelaid Statement on Health in All Policies*"[26] [27]het dringende advies een "bottom-up - beleid" te organiseren, dat veel meer dan nu, moet rekening houden met inspraak van de basis. Dit proces moet vertrekken van een open communicatie en leiden tot het gezamenlijk werken aan gemeenschappelijke oplossingen, over alle tegenstellingen heen.

In een dergelijk beleid kunnen artsen wel een belangrijke rol vervullen. Ze kunnen met wetenschappelijk onderzoek en argumenten en ervaringen uit hun dagelijks medisch werk, de noodzaak voor maatschappelijke, sociale en politieke veranderingen onderbouwen. Ze kunnen ook een rol spelen in het bewustzijnsproces van de betrokkenen die in de problematische omstandigheden leven en samen met hen werken aan verbetering, door sociale actie te ondernemen. De WHO roept vandaag de artsen op, om hun wetenschappelijke kennis over de effecten van sociale determinanten te communiceren met het beleid, met andere maatschappelijke groepen en met de brede bevolking, en deel te nemen aan werkgroepen en bestuurseenheden, om zo samen met anderen, de strijd aan te gaan tegen de verslechterende situaties in vele delen van de wereld.

Socio-economische determinanten en lifestylefactoren en de huisarts

Huisartsen en hun plaats in het gezondheidsbeleid

De "Eerstelijn" is een belangrijk niveau in het gehele gezondheidsbeleid. Ze kan ook een belangrijke bron van informatie zijn over gezondheid en welzijn van de bevolking, en over de lifestylefactoren en socio-economische determinanten van ziekte en gezondheid, op voorwaarde dat dit door gezondheidswerkers in de eerste lijn wordt geregistreerd. De huisarts heeft de beschikking over

medische data van grote groepen patiënten. Mits enige inspanning kan hij dit aanvullen met belangrijke informatie over sociale determinanten en lifestylefactoren.

Registreren van socio-economische determinanten en lifestylefactoren door de huisarts

Ondanks dat een duidelijke relatie tussen bovenstaande determinanten en gezondheid en welzijn is aangetoond, is het vandaag niet gebruikelijk, dat huisartsen deze determinanten registreren in het EMD, er mee rekening houden in hun diagnostisch werk, of hiermee bijvoorbeeld een preventiebeleid opzetten naar specifieke risicogroepen in hun patiëntenpopulatie.

In het licht van de recente oproep van de WHO blijkt dit een belangrijke lacune te zijn en zou dit moeten veranderen. Huisartsen zouden mee moeten helpen de knelpunten van hun patiëntenpopulaties in kaart te brengen. Ze zouden in de toekomst een veel grotere verantwoordelijkheid moeten gaan opnemen in het gezondheidsbeleid van aandoeningen die in hoofdzaak door socio-economische determinanten en lifestylefactoren worden bepaald. Veel van de patiënten die ze elke dag zien, hebben gezondheidsproblemen met niet - overdraagbare aandoeningen zoals obesitas, diabetes, hartvaatziekten en kanker, waarvan we nu weten, dat sociale determinanten en lifestylefactoren mee aan de bron van de problemen liggen.

Het stipt registreren van lifestylefactoren en socio-economische, waaronder arbeidsgerelateerde determinanten in de eigen patiëntenpopulatie, wordt ook een noodzaak, van zodra men het verband tussen deze determinanten en bepaalde gezondheidsparameters in de eigen concrete patiëntenpopulatie wil kennen.

Hier meer aan werken in de toekomst, kan de huisarts de mogelijkheid geven om probleemgroepen binnen zijn patiëntenpopulatie te vinden en er een preventiebeleid op te enten. Het schept ook de mogelijkheid om aan gerichte behandelingen voor risicopopulaties te gaan doen.

Onderzoeksvragen voor de veldstudie

Het belang van vooral lifestylefactoren en socio-economische determinanten op gezondheid en welzijn is wetenschappelijk breed onderbouwd, maar de kennis en vooral de implementatie ervan is nog onvoldoende breed uitgewerkt. Hierin vooruitgang maken, vergt echter een multidisciplinaire aanpak. Huisartsen kunnen en moeten hierin ook een verantwoordelijkheid opnemen. Ze staan dicht bij de problemen en kunnen beschikken over grote hoeveelheden informatie die relevant is voor de individuele gezondheid van de patiënt, voor de gezondheid van bepaalde doelpopulaties en voor de volksgezondheid in het algemeen, indien het hun wordt mogelijk gemaakt om die efficiënt te registreren in hun EMD.

Om hiertoe een aanzet te geven, hebben wij geprobeerd in de eigen groepspraktijk (Geneeskunde voor het volk Genk) onze patiëntendossiers in het EMD zo volledig mogelijk aan te vullen met lifestylefactoren en socio-economische determinanten van gezondheid. De set te registreren parameters is gebaseerd op de GMD+ registratie en op bovenstaand literatuuroverzicht. In deze rapportage beschrijven wij de gehanteerde werkwijze en evalueren wij het effect ervan door het vergelijken van de volledigheid van de dossierinformatie per parameter voor en na onze interventie. Tenslotte rapporteren wij de verdeling van de resultaten van de verschillende parameters over onze praktijkpopulatie en enkele verbanden daartussen.

Methode van het veldonderzoek

Opzet van ons onderzoek

Uit de medische en sociologische literatuur over het belang van socio-economische, arbeidsgerelateerde determinanten en lifestylefactoren selecteerden we een aantal relevante, registreerbare parameters.

We organiseerden een een beschrijvend cross-sectioneel onderzoek, door middel van een patiëntenenquête, integreerden de resultaten in ons EMD en analyseerden de gevonden data.

Domus Medica en GMD+

Een concreet voorbeeld, van een poging, om vanuit het registreren van enkele anamnestische, klinische en lifestylefactoren, tot preventief werk binnen de huisartsenpraktijk te komen, vinden we in de GMD+ - registratiekampanje van Domus Medica[28]. Hierin wordt huisartsen een module aangeboden met een vragenlijst, een handleiding en een afsprakenkaartje. Dit met de bedoeling, hiermee een ondersteund preventiebeleid binnen hun patiëntenpopulatie te realiseren. Dit focust op de praktijkpopulatie van 45 tot 75 jaar. Het is de bedoeling dat de huisarts in die leeftijdscategorie, aan de hand van een vragenlijst, een aantal medische gegevens van de individuele patiënt registreert. Daarnaast moet de patiënt zelf een deel van de vragenlijst invullen. Dit patiëntendeel bevat onder andere vragen over lifestylefactoren, zoals vragen naar de mate van bewegen, consumeren van fruit en groenten, rookstatus en alcoholgebruik, naast vragen over een aantal klinische en medische gegevens zoals lengte en gewicht, vaccinatiestatus, het familiaal bekend zijn van bepaalde ziekten, en het al of niet persoonlijk doorgemaakt hebben van bepaalde aandoeningen. Hier gebeurt geen registratie van socio-economische determinanten zoals opleidingsniveau, inkomen, of arbeidsgerelateerde gegevens. Het opzet van de GMD+ kampanje is duidelijk gericht op het mogelijk maken van gerichte preventie naar de individuele patiënt, in de leeftijd boven 45 jaar, en dit vertrekkend vanuit de familiale en persoonlijke medische antecedenten van de patiënt en zijn individuele lifestylefactoren. Het gaat hier om het opzetten van een "*Individueel preventieplan*", zoals ook duidelijk wordt aangegeven op de vragenlijst van Domus Medica. De registratie van bepaalde problemen in bepaalde subgroepen binnen de gehele patiëntenpopulatie, en het uitwerken van een preventiebeleid naar dergelijke risicopopulaties staat hier niet centraal. De registratie gebeurt ook op een papieren document. Het registreren van de gegevens in het EMD van de patiënt maakt geen deel uit van de GMD+ kampanje. De GMD+ kampanje wordt ondersteund met een financiële vergoeding. Huisartsen die er in slagen om deze GMD+ vragenlijst ingevuld te krijgen, mogen de patiënt een bedrag aanrekenen van €10,14 per ingevuld GMD+. De patiënt krijgt dit bedrag volledig terugbetaald via zijn ziekenfonds.

Verschil tussen ons onderzoek en de GMD+ registratie

Ons onderzoek verschilt met de GMD+ registratie op drie vlakken: inhoudelijk, methodologisch en wat betreft doelgerichtheid.

*Inhoudelijk verschilt het omdat we naast de lifestylefactoren, ook socio-economische en arbeidsgerelateerde determinanten registreren.

*Methodologisch verschilt ons onderzoek omdat in tegenstelling tot de GMD+ registratie, het werken met het EMD centraal staat in alles wat we deden. De enquête werd per patiënt

geïndividualiseerd op basis van de vroeger reeds door ons geregistreerde patiëntengegevens die uit het EMD werden geëxtraheerd. Ontbrekende data werden nieuw geregistreerd. Reeds bekende data werden gecontroleerd en indien nodig aangepast in het EMD.

*Doelmatigheid. Ten eerste kunnen we, net zoals in het GMD+ opzet, voor elke patiënt een persoonlijk preventieplan opstellen. Dit persoonlijk preventieplan houdt, naast de lifestylefactoren, ook rekening met de socio-economische en arbeidsgerelateerde variabelen van de betrokken patiënt. Bij om het even welk consult van de patiënt biedt het relevante informatie aan. Hierdoor kunnen we deze gegevens steeds permanent bijwerken.

Ten tweede laten deze gegevens ons toe om proactieve zorg en preventiecampagnes op te zetten naar specifieke doelgroepen. Zo kunnen we, bij wijze van voorbeeld, naar de groep laaggeschoolde patiënten, specifieke call-recall methodes opzetten op basis van nieuwe communicatietechnologieën voor griepvaccinatie, borstkankerscreening, ...

Ten derde wilden met ons EMD een database met socio-economische determinanten en lifestylefactoren realiseren om in de toekomst epidemiologisch onderzoek in onze patiëntenpopulatie mogelijk te maken. Bijvoorbeeld onderzoek naar mogelijke relaties tussen de gevonden lifestylefactoren en socio-economische, waaronder arbeidsgerelateerde determinanten onderling, naast onderzoek naar eventuele relaties tussen deze determinanten en in het EMD geregistreerde diagnoses of behandelingen.

Ten vierde schept deze vorm van elektronisch registreren in het EMD, de belangrijke mogelijkheid om in deze populatie in de toekomst cohortonderzoeken uit te voeren en zo de evolutie van bepaalde gezondheidsparameters op te volgen.

Patiëntenpopulatie

De huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk

Bestaffing en localisatie praktijk

De huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk, werkt met vijf huisartsen en twee huisartsen in opleiding (HAIO) en heeft een eigen verpleegdienst met vier thuisverpleegsters. Er werkt ook een maatschappelijk assistent twee dagen per week met een vrijwilligersstatuut. Verder is er een goed uitgebouwd praktijksecretariaat dat wordt bemand van 8u 's morgens tot 19u 's avonds. In totaal werkten 5 artsen, 2 haios, 3 verpleegsters, 3 onthaalkrachten en 1 maatschappelijk assistent mee aan dit onderzoek. Deze dokterspraktijk ligt sinds 1975 in de sociale woonwijk Kolderbos in Genk Zuid. Hier woont een gemengd autochtone en allochtone bevolking van vooral Turkse, Marokkaanse en Vlaamse origine met een relatief laag inkomen. We weten dit, omdat de milieu- en gezondheidsproblemen van de bewoners van Genk Zuid uitgebreid werden onderzocht in een eigen onderzoek[29] en in De "Genkse Gezondheidsenquête" van 2007[30] [31].

Patiëntenpopulatie van de praktijk

Naar leeftijdsindeling komt de praktijkpopulatie overeen met de Genkse populatie. Het betreft een overwegend arbeidende bevolking, waaronder een aanzienlijk aantal inactieven (werklozen, invaliden, gepensioneerden). Van de gehele praktijkpopulatie is ongeveer 30% van Turkse afkomst.

Vast ingeschreven patiënten en forfaitcontract met het RIZIV

Deze huisartsenpraktijk heeft met het RIZIV een overeenkomst om te werken met een forfaitaire betaling[32 33]. Hierbij ontvangt de praktijk een maandelijks bedrag per ingeschreven patiënt, dat losgekoppeld is van het aantal consultaties en huisbezoeken. Dit is van belang voor dit onderzoek, want een forfaitair werkende huisartsenpraktijk werkt met een vast ingeschreven patiëntenbestand. Op elk moment is dus het eigen patiëntenbestand gekend, hetgeen belangrijke voordelen geeft om wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen.

De huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk heeft 3076 vast ingeschreven patiënten.

Selectie van de patiëntenpopulatie in het onderzoek

Oorspronkelijk hadden we de bedoeling om onze enquête uit te voeren in dezelfde leeftijdsselectie als in de GMD+ kampanje, namelijk van 45 tot 75 jaar. Omdat we echter de arbeidsgerelateerde determinanten ook in de jongere leeftijdsklassen wilden registreren, beslisten we onze populatieselectie uit te breiden tot alle patiënten vanaf 18 jaar en ouder. In onze praktijk vonden we 2327 patiënten van 18 jaar en ouder, die we in ons onderzoek konden includeren. Dit was het enige criterium dat we weerhielden om een patiënt te includeren in onze enquête. Om praktische redenen includeerden we geen bejaarde patiënten die waren opgenomen in bejaardenhuizen.

De enquête

In deze huisartsenpraktijk werden in het verleden al bepaalde persoonsgegevens zoals telefoonnummer, gsmnummer, emailadres, en bepaalde socio-economische determinanten, zoals het opleidingniveau, de werkplaats en het diploma van de patiënten, samen met de lifestylefactor rookstatus, geregistreerd in het EMD. Dit alles gebeurde echter niet op een systematische manier. Van veel patiënten bleven deze factoren daarom onvoldoende geregistreerd.

Met dit onderzoek wilden we ditmaal op een systematische manier bovenstaande data verzamelen of reeds geregistreerde data updaten.

Het enquêteformulier

We maakten een gepersonaliseerd enquêteformulier(Bijlage 1), waarin de reeds gekende gegevens over de concrete patiënt, uit het EMD werden geëxtraheerd en overgenomen in het enquêteformulier. In de praktijk gebeurde dit door het concrete enquêteformulier uit te printen vanuit het EMD van de individuele patiënt. Voor elke patiënt creëerden we dus een individueel verschillend enquêteformulier. Op die manier werden persoonsgegevens zoals "naam", "voornaam", "geboortedatum", "adres", automatisch uit het EMD overgenomen in de enquête. Indien gegevens zoals "telefoon", "gsmnummer" en "emailadres" reeds voordien waren geregistreerd in het EMD, werden die ook over genomen in de enquête. Uit de klinische gegevens in het EMD extraheerden we de meest recent gemeten gegevens over "lengte" en "gewicht" en we namen die ook over in de enquête. Daarnaast extraheerden we op identieke wijze uit het EMD de volgende socio-economische factoren: "behaald diploma" en "gezinsinkomen". Verder ook de arbeidsgerelateerde gegevens "laatste arbeidsplaats" en "actuele werkstatus" en de lifestylefactoren: "rookstatus", "bewegen" en "consumeren van groenten en fruit".

Keuze van de in de enquête op te nemen gegevens

Persoonsgegevens

Vanuit onze dagelijkse praktijkervaring, werden we al geruime tijd geconfronteerd met het feit, dat er veel hiaten waren in de registratie van bepaalde persoonsgegevens van veel patiënten. Vaak stond nog een oud telefoonnummer in het EMD genoteerd, terwijl dat niet meer in dienst was. Vele patiënten waren overgeschakeld op gsm, of wisselden van gsm, zodat het juiste gsmnummer ook vaak ontbrak in het EMD. Email- en digitale communicatie met onze patiënten is technisch al lang mogelijk, maar nog niet geïntegreerd in onze dagelijkse praktijk. Slechts van een klein aantal patiënten kenden we het emailadres. Daarom maakten we het correct registreren en aanvullen van deze gegevens tot een belangrijk punt in onze enquête.

Klinische gegevens

De meest recente klinische gegevens over "lengte" en "gewicht" namen we uit het EMD over in het enquêteformulier. Dit zijn parameters die de patiënt zelf kan aanbrengen of meten.

Lifestylefactoren

Van de lifestylefactoren die reeds vroeger werden geregistreerd konden we de volgende extraheren naar de enquête: "rookstatus", bewegen en "consumeren van groenten en fruit".

Algemene en arbeidsgerelateerde socio-economische determinanten

Van de, in de grafiek van Dahlgren en Whitehead vernoemde, lifestylefactoren en socio-economische determinanten, konden we omwille van praktische beperkingen, echter slechts een beperkt deel opnemen in ons onderzoek.

Algemene socio-economische determinanten

Van de algemene socio-economische determinanten weerhielden we het opleidingsniveau en het gezinsinkomen.

Het opleidingsniveau registreerden we aan de hand van het "Behaald diploma". Het opleidingniveau is een belangrijke determinant van gezondheid. Het is eenvoudig te bepalen en verandert weinig in het volwassen leven. Het opleidingsniveau wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie tevens beschouwd als een zeer bruikbare determinant om verschillen in gezondheidstoestand te onderscheiden.

Het inkomen van de respondent, geregistreerd als het "Gezinsinkomen", werd gevraagd te beantwoorden in 3 categorieën: minder dan 1500€ per maand, tussen 1.500€ en 3.000€ en méér dan 3.000€ per maand.

Arbeidsgerelateerde socio-economische determinanten

We bevroegen de deelnemende patiënten naar drie arbeidsgerelateerde determinanten: "Laatste arbeidsplaats", "Actuele werkstatus", en het "Overwegend uitvoeren van fysieke arbeid versus bureauwerk".

Onder Actuele werkstatus" vroegen we de respondent te antwoorden volgens de volgende categorieën: 1. student, 2. werkloos, 3. invalide 4. gepensioneerd 5. huisman/vrouw, 6. werkend.

Het registreren van de aard van het uitgevoerde werk, volgens "Overwegend fysieke arbeid" of "Overwegend bureauwerk", komt overeen met de in het Engels gebruikelijke categorieën "Blue collar" en "White collar".

Organisatie van de vragen in het enquêteformulier

Al de reeds vroeger in het EMD geregistreerde gegevens, werden op het enquêteformulier gegroepeerd in een eerste kolom. Elke patiënt kreeg op deze wijze een gepersonaliseerd enquêteformulier, waarin de in zijn EMD geregistreerde gegevens werden getoond. Zo kon de patiënt bijvoorbeeld zien of er een verkeerd telefoonnummer of emailadres genoteerd stond, of dat zijn vroeger geregistreerde werkplaats niet meer up to date was, of er gegevens in het EMD stonden over zijn werkplaats die mogelijk niet meer up to date waren, of zijn gewicht inmiddels niet meer correct geregistreerd was, enz.

Op deze wijze kon de patiënt in een tweede kolom ernaast, dan wijzigingen of aanvullingen betreffende al de getoonde gegevens aanbrengen, indien nodig. Om patiënten die mogelijk hun actueel gewicht niet zouden kennen, behulpzaam te zijn, plaatsten we een grote weegschaal in de wachtzaal, zodat ze zich konden wegen en meten en er op die manier meer kans was, dat de ingevulde lengte en gewicht correct zouden zijn.

Om een zo groot mogelijke respons te hebben, beperkten we de enquête tot een formaat van maximum één A4 bladzijde.

Informed Consent en advies Ethische Commissie

In het enquêteformulier namen we een clausule van "informed consent"[i] op, die elke respondent persoonlijk diende te ondertekenen. We kregen voor onze enquête een gunstig advies van de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven (S53821; kenmerk ML7929).

Dataverzameling

We stelden ons tot doel om bij minstens 70% van de ingeschreven patiënten de vragenlijst ingevuld en geregistreerd te krijgen en dat binnen een periode van ongeveer drie maanden (27/12/2011 tem 31/03/2012).

Zoals al vermeld werkt onze huisartsenpraktijk met een forfaitair betalingssysteem. Alle bij ons ingeschreven patiënten betalen bij het begin van elk kalenderjaar een jaarlijkse financiële bijdrage van €2,5. Alle patiënten ontvangen daarom elk jaar, in de tweede helft van de maand december een brief, met het verzoek in de maand januari de jaarlijkse bijdrage te betalen. Via deze postverzending is het mogelijk om de gehele patiëntenpopulatie te bereiken en via deze weg bezorgden we al onze patiënten van 18 jaar en ouder het enquêteformulier.

Enquête aanbieden via verschillende kanalen

Naast de bovenvermelde postenquête, boden we de patiënten de enquête verder nog aan via twee verschillende kanalen: ten eerste als een A4 - pagina op papier, om in te vullen in de wachtzaal of op

[i] "Deze gegevens worden in een geautomatiseerd bestand verwerkt, dat enkel toegankelijk is voor artsen en medewerkers van Geneeskunde Voor Het Volk VZW. Hierbij verleen ik toestemming om de gegevens uit het Elektronisch Medisch Dossier te gebruiken voor niet commercieel wetenschappelijk onderzoek. Dit gebeurt anoniem. Dokter Harrie Dewitte RIZIV nummer 1/709011/03/004 houdt toezicht op het gebruik van deze gegevens. Ik kreeg hiervoor voldoende uitleg. "

huisbezoek, ten tweede als een speciaal hiervoor aangemaakte module (synthesescherm) (Bijlage 2) in het EMD, die rechtstreeks tijdens de consultatie kon worden ingevuld door arts en patiënt samen.

Ten derde maakten we een tijdelijke internetwebsite[34], met dezelfde vragen als in de papieren vorm, die de patiënt via internet kon invullen, bvb van thuis. Om de website bekend te maken, mailden we het adres van de website naar 160 patiënten waarvan we het emailadres kenden.

Chronologie van de enquête

De dataverzameling startte met een proefdraai op 20/12/2011 met het eerste ontwerp van de vragenlijst. Gedurende 7 werkdagen werden door het praktijksecretariaat in de wachtzaal, 139 patiënten bevraagd. Uit deze eerste bevraging bleek dat er niets diende gewijzigd te worden aan het eerste ontwerp van de vragenlijst. De resultaten van de proefdraai zijn daarom ook mee opgenomen in de definitieve resultaten van de enquête.

Eerste verzending enquête

De vragenlijst werd 27/12/2011 via brief verstuurd naar 2188 patiënten op hun thuisadres. Voor samenwonende patiënten in hetzelfde gezinsverband, werden de enquêteformulieren gegroepeerd verzonden in één briefomslag.

Invullen enquêtes op de praktijk

Op 27/12/2011 startten we, parallel aan de postverzending in de dokterspraktijk, ook met de bevraging van de consulterende patiënten. Hierbij kregen de patiënten de vragenlijst aangeboden in de wachtzaal of na de consultatie. Tot eind januari gebeurde dit echter nog niet op systematische wijze.

Tweede verzending

Ondanks het feit dat we met de eerste postverzending een goed resultaat behaalden, (we ontvingen 894 ingevulde vragenlijsten of een respons van 41% in de eerste vier weken na de eerste verzending), merkten we dat de respons op deze eerste verzending, na eind januari duidelijk afnam, en dat bijkomende maatregelen nodig zouden zijn om onze doelstelling van 70% respons te halen. We stelden een tweede verzending echter uit tot begin maart 2012, want we poogden in de loop van februari 2012 eerst nog meer enquêteformulieren op te halen tijdens het consultatiewerk op de praktijk. Op die manier moesten we uiteindelijk de tweede postverzending nog enkel versturen naar 1107 patiënten die tot dan, op geen enkele wijze hadden gereageerd op het verzoek de enquête in te vullen.

Extra maatregelen

Vanaf begin februari 2012 namen we maatregelen om het laten invullen van de vragenlijsten op de praktijk zelf op te voeren. Dit gebeurde via inschakelen van extra middelen:

- patiënten kregen de vragenlijst nu systematisch aangeboden door het praktijksecretariaat terwijl ze in de wachtzaal zaten, of na de consultatie door de arts of het praktijksecretariaat.

- als hulpmiddel werd een pop-up scherm gemaakt in het EMD. Op die manier kregen de onthaalmedewerkers en de artsen steeds een herinnering om de enquête te laten invullen, bij het openen van het medisch dossier van de patiënt. De vragenlijst werd dan ter plaatse uitgeprint vanuit het EMD van de patiënt.

- Einde februari 2012 plaatsten we een versie van de vragenlijst online en verstuurden we 160 emails, zoals al vermeld.

Einde dataverzameling

We sloten de dataverzameling af op 06/04/2012.

Registratie en controle data

Alle via diverse kanalen ingevulde vragenlijsten werden eenvormig in het EMD van de patiënten geregistreerd via het bovengenoemde synthesescherm. Dit gebeurde door artsen en praktijkmedewerkers in de periode van begin januari tot begin april 2012. Indien de vragenlijst definitief was geregistreerd in het EMD, werd in het EMD (Medidoc) in het veld "Risicoprofiel" een nieuw item "gmd+" aangemaakt.

Vanuit het EMD werd dan een Excelbestand geëxtraheerd, via een search op "gmd+". Dit bestand bevatte alle ingevulde velden van de vragenlijst en werd geanonimiseerd. Elke respondent in dit bestand kreeg een volgnummer.

Controle van de ingevulde vragenlijsten

Ter controle werden alle vragenlijsten die rechtsreeks in het EMD werden ingevuld, of waarvan enkel een online versie op de website stond, uitgeprint, zodat nu van elke ingevulde vragenlijst ook een papieren versie bestaat.

Uiteindelijk werd de nummering van het Excelbestand overgenomen op alle papieren vragenlijsten.

Op die manier gebeurde een controle van het gehele bestand.

Bij deze controle kwamen twee problemen aan het licht:

- er bleken 359 patiënten te zijn opgenomen in de onderzoekspopulatie, die echter in de loop van de duur van de enquêteperiode, ofwel waren overleden, of die zich intussen hadden uitgeschreven uit onze praktijk. Nadat deze 39 patiënten uit het oorspronkelijke onderzoeksbestand waren verwijderd, bleven we over met 2327 respondenten. Dit werd onze definitieve onderzoekspopulatie.

- 86 patiënten bleken de vragenlijst meerdere keren te hebben ingevuld (op de praktijk, via de post-enquête en/of via de website). 82 vulden ze tweemaal in, 3 patiënten driemaal en 1 viermaal. Van al deze respondenten werd uiteindelijk maar één exemplaar weerhouden. Bij verschillen tussen deze ingevulde exemplaren, werd het meest compleet ingevulde exemplaar geïncludeerd.

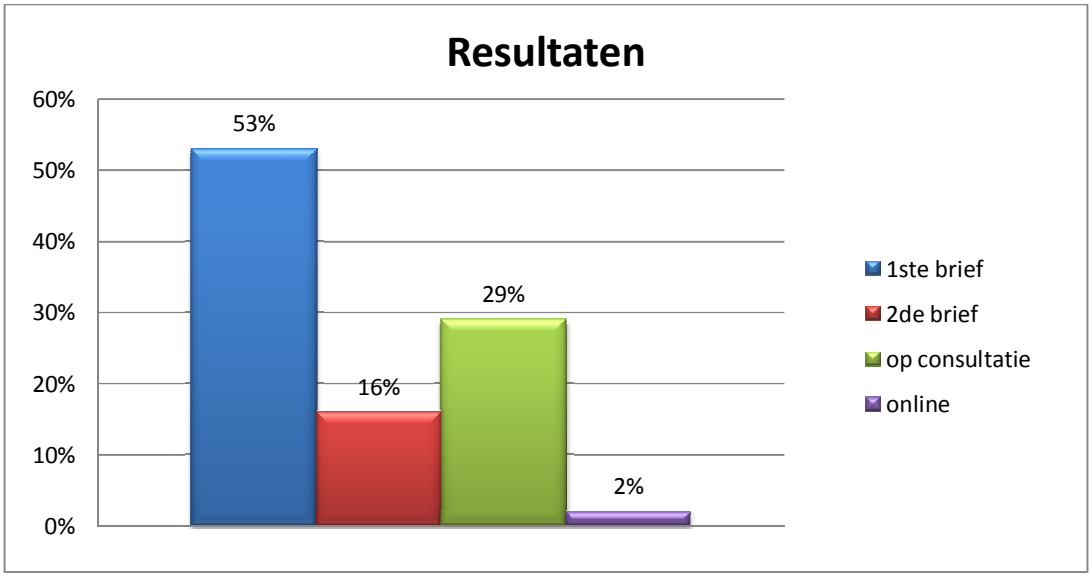
Analyse

Vanuit de Exceltabel met alle data genereerden we met EPI-Info een aantal frequentietabellen, één voor elk item in de vragenlijst.

Vervolgens analyseerden we met SPSS, Medcalc en Epi-Info/Statcalc de onderlinge relaties tussen de gevonden data en zochten we naar mogelijke verbanden tussen de verschillende factoren. Verschillen werden op hun statistische significantie getoetst met behulp van de chi^2, chi^2 for trend (categorische variabelen) en Kruskall-Wallis (continue variabelen) testen en via logistische en lineaire regressie.

Resultaten

Na afsluiten van de dataverzameling, bleek dat we van 1687 (72,5 %) van onze patiënten boven 18 jaar en ouder een ingevulde enquête hadden.

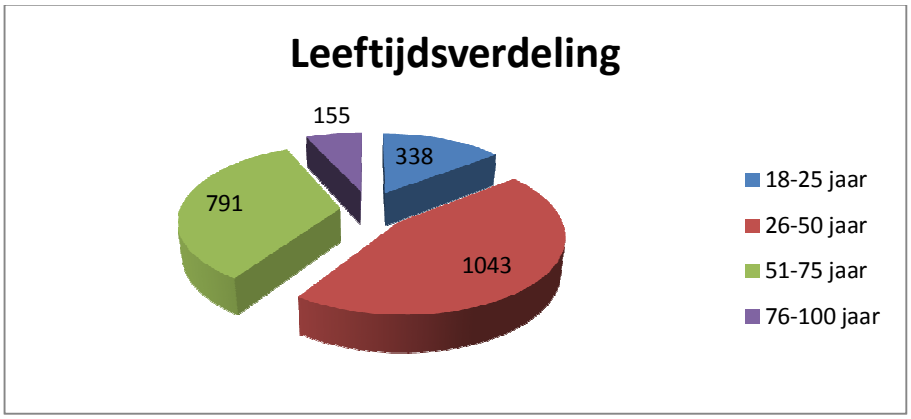


Figuur 2: Enquêterespons volgens verspreidingsmethode

Figuur 2 toont de verhouding van alle ingevulde enquêtes, volgens de verschillende verspreidingsmethoden van de enquête. Van de 1687 ontvangen enquêtes konden we er 894 (53%) registreren na de eerste patiëntenbrief, 270 (16%) na de tweede brief, 489 (29 %) van de enquêtes werden ingevuld op de praktijk in de wachtzaal of tijdens de consultatie, en 34 (2%) van de enquêtes werden online op de website ingevuld.

De in dit onderzoek geïncludeerde populatie van 2327 patiënten, bestond uit 1154 mannen (49,6%) en 1173 vrouwen (50,4 %).

Figuur 3 toont het aantal respondenten per leeftijdsklasse van 25 jaar



Figuur 3: Leeftijdsverdeling

Uit alle data trokken we vervolgens frequentietabellen (Bijlage 3).

Tabel 1 toont een overzicht van het aantal personen waarvan we bij de nulmeting en na deze enquête gegevens hebben geregistreerd in het EMD.

Tabel 1: Aantal respondenten per bevraagd item

	nulmeting		actueel		p-waarde *	Ratio en 95% BI
	n	%	n	%		
Persoonsgegevens						
Telefoonnummer	1736	74.6	1667	71.6	p < 0.01*	0.96 (0.93-0.99)
GSM - nr	1356	58.3	1553	66.7	p < 0.01*	1.15 (1.1-1.2)
Emailadres	518	22.3	638	27.4	p < 0.01*	1.23 (1.1 - 1.3)
Klinische gegevens						
BMI	1765	76	2125	91.3	p < 0.01*	1.20 (1.2 -1.2)
Lifestyle determinanten						
Rookstatus	1171	50.3	1939	83.3	p < 0.01*	1.66 (1.6-1.7)
Groenten en fruit	302	13	1629	70	p < 0.01*	5.39 (4.9 -6.0)
Beweging	8	0.3	1530	65.7	p < 0.01*	191 (96 -382)
Socio-economische determinanten						
Diploma	1193	51.3	1913	82.2	p < 0.01*	1.60 (1.6 -1.7)
Inkomen	698	30	1625	69.8	p < 0.01*	2.33 (2.2 -2.5)
Arbeidsgerelateerde determinanten						
Laatste bedrijf	73	3.10	475	20.40	p < 0.01*	6.51 (5.1 - 8.3)
Actuele arbeidsstatus	1456	62.6	2030	87.2	p < 0.01*	1.39 (1.4 - 1.4)
Fysieke / Bureau arbeid	877	37.7	1365	58.7	p < 0.01*	1.56 (1.5-1.7)

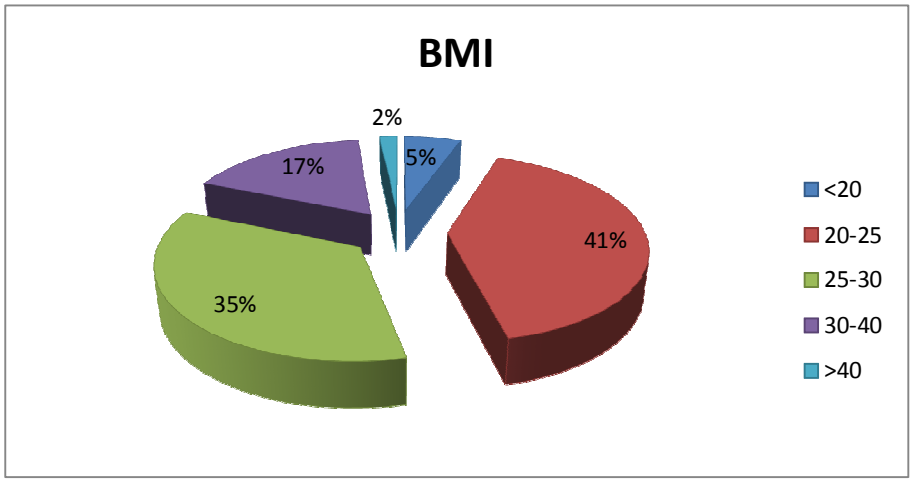
** Chi²-test*

Persoonsgegevens

Uit Tabel 1 blijkt dat we nu van 1667 (71%) respondenten het *telefoonnummer*, van 1553 (66.7%) het *gsmnummer* en van 638 (27.4%) het *emailadres* kennen. We hebben na dit onderzoek nu van significant meer patiënten het gsmnummer en emailadres, dan voor het onderzoek.

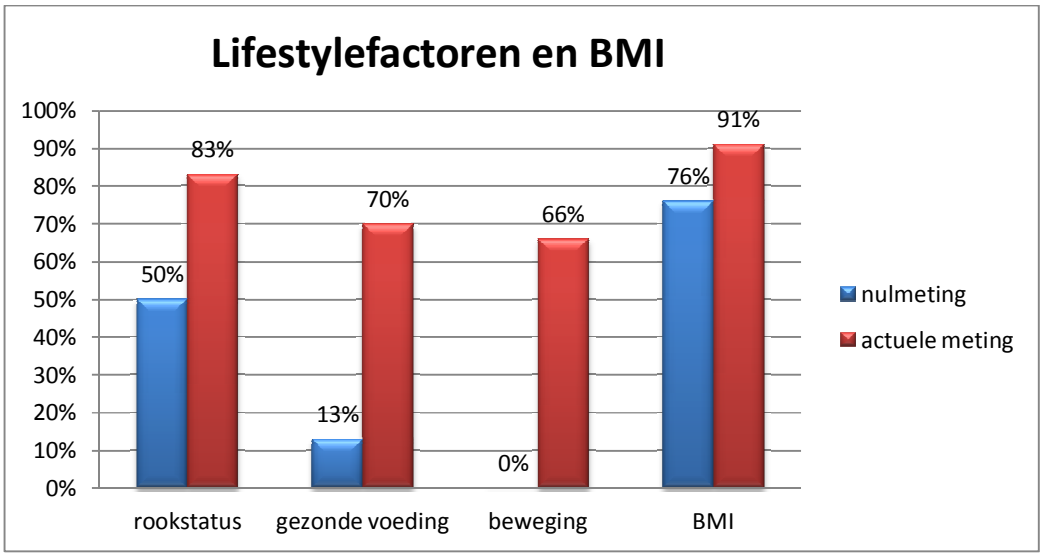
Klinische gegevens

Uit de geregistreerde lengte en gewicht, berekende het EMD een BMI per respondent. We hebben de BMI kunnen registreren bij 2125 (91.3%) patiënten. Figuur 4 toont de BMI - verdeling van alle respondenten.



Figuur 4: Weergave in percentages van de BMI verdeling

Lifestylefactoren



Figuur 5: Percentage patiënten waarvan de Lifestylefactoren beschikbaar zijn op baseline (blauw) en na de interventie (rood)

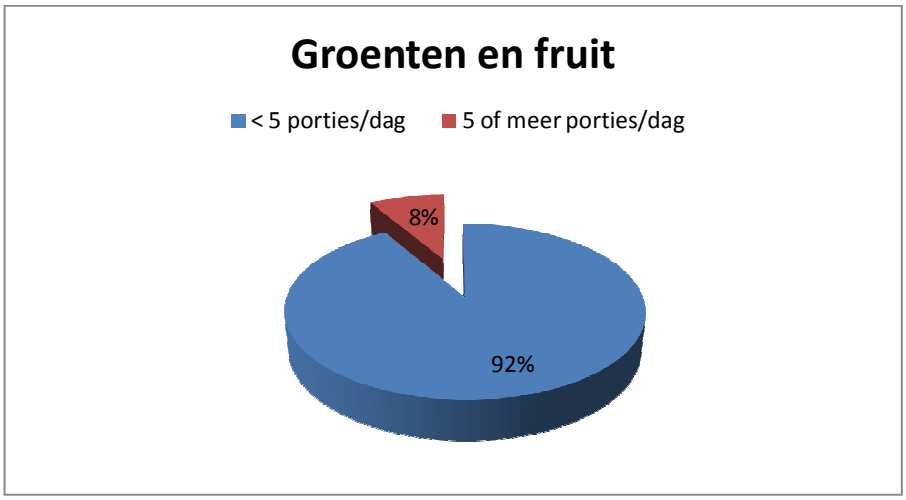
Rookstatus

Op het moment van de nulmeting, was de rookstatus al bekend bij 1171 (50%) van de respondenten. Met dit onderzoek kennen wij nu de rookstatus van 1939 (83.3%) respondenten.

Na deze bevraging, weten we nu ook dat 634 (27.2 %) respondenten roken, 492 (25,48%) zijn ex-rokers en 811 (34.9%) hebben nooit gerookt.

Groenten en fruit

Van 1629 (70%) van onze patiënten weten we nu hoeveel groenten fruit ze per dag gebruiken. Bij de nulmeting was dit maar van 302 (13%) patiënten bekend.

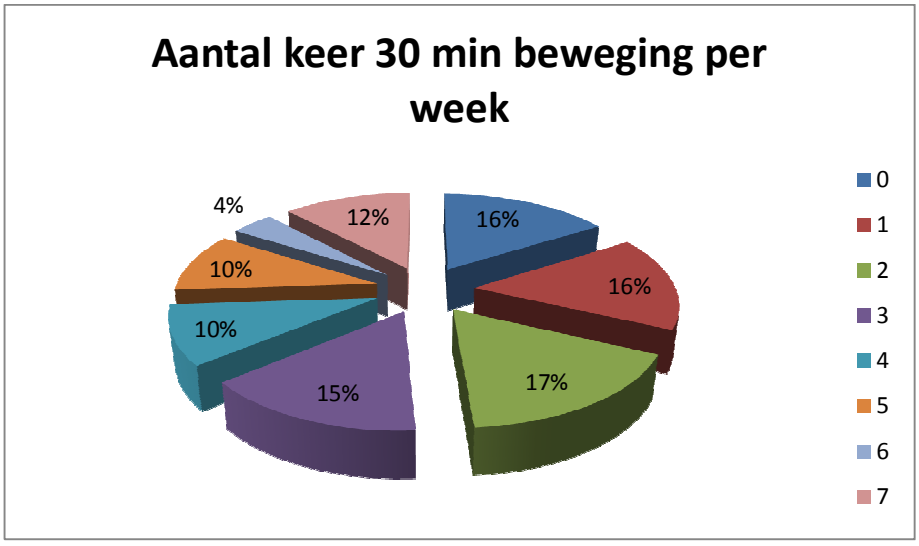


Figuur 6: Verdeling respondenten volgens minimum 5 porties groenten en fruit per dag

Beweging

Hoeveel beweging onze patiënten hadden, was bij de nulmeting slechts bekend bij 8 (0,3%) patiënten. Actueel kennen we de bewegingsstatus van 1530 (65,7%) patiënten.

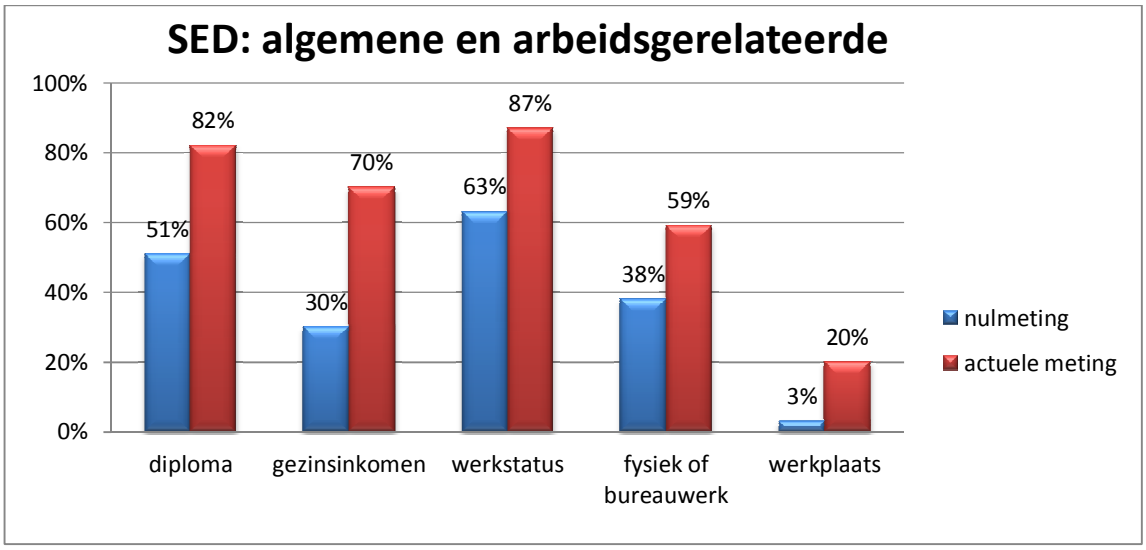
Figuur 7 toont de procentuele verdeling van de respondenten, per eenheid van minimum 30 minuten bewegen per week.



Figuur 7: Verdeling van de respondenten per aantal keer 30 minuten beweging per week

Socio-economische determinanten

Figuur 8 toont het percent respondenten, waarvan voor en na de enquête, de algemene socio-economische determinanten "diploma", "gezinsinkomen", en de arbeidsgerelateerde determinanten "actuele werkstatus", "fysiek versus bureauwerk uitvoeren" en "laatste werkplaats", bekend is.

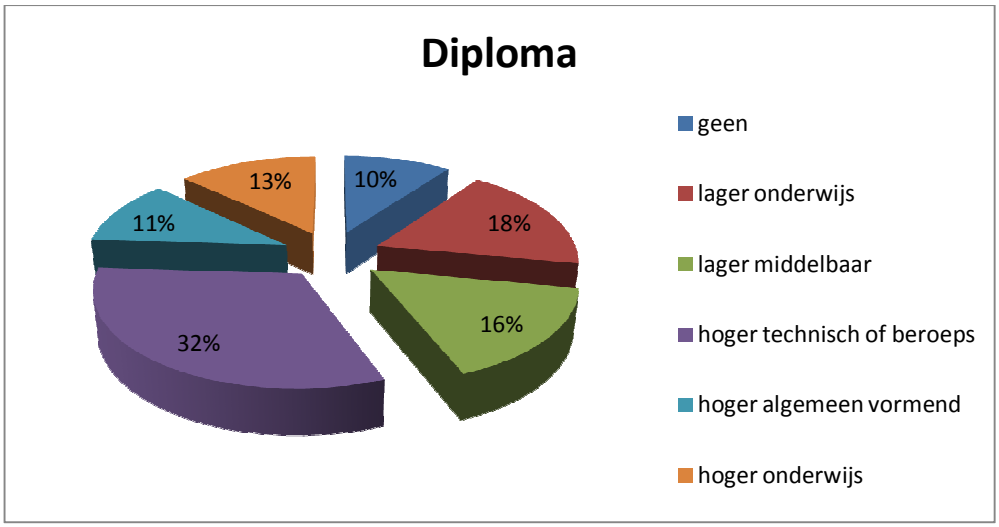


Figuur 8: Percentage patiënten waarvan de algemene SED en arbeidsgerelateerde SED gegevens beschikbaar zijn op baseline (blauw) en na de interventie (rood)

Algemene socio-economische determinanten

Diploma

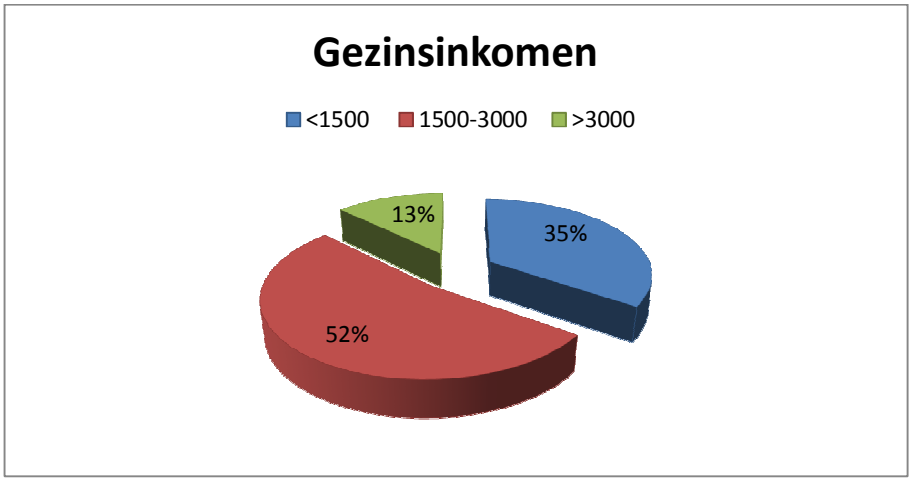
Wat betreft de vraag naar het "hoogst behaalde diploma", hebben nu 1913 (82,2%) respondenten deze vraag beantwoord. Ten opzichte van de nulmeting, is dit nog een beduidende toename, zeker als we zien dat bij de nulmeting toch ook al van 1193 personen (51,3%), dit gegeven al vroeger geregistreerd was in het EMD.



Figuur 9: Verdeling respondenten volgens diploma

Van onze respondenten blijken 193 (10,1%) geen enkel diploma te hebben. 342 (17,9%) respondenten hebben enkel een diploma van het lager onderwijs, 299 (15,6%) behaalden een diploma in één of andere richting van het lager secundair onderwijs. Een diploma van het hoger secundair onderwijs (technisch of beroepsonderwijs), behaalden 612 (32%) respondenten. 215 (11,2%) van de respondenten behaalden een diploma van het hoger secundair algemeen vormend onderwijs en 252 (13,2%) volgden met succes hoger onderwijs.

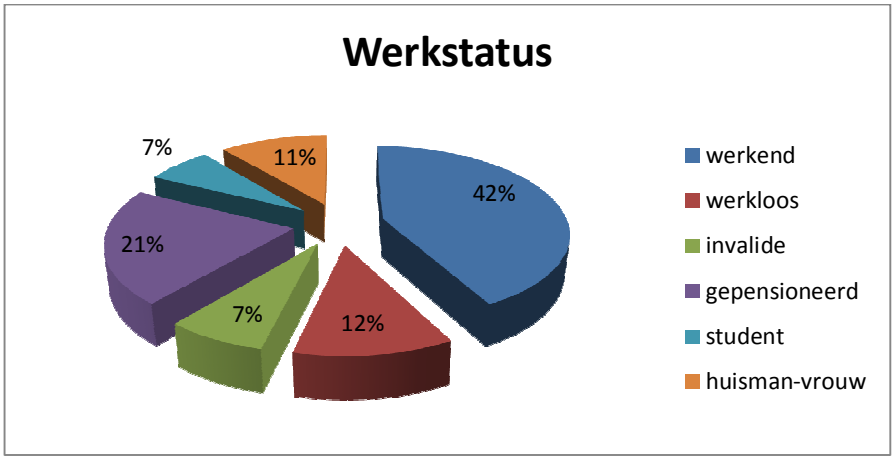
Gezinsinkomen



Figuur 10: Verdeling respondenten volgens gezinsinkomen

Uit de registratie van het gezinsinkomen van onze respondenten blijkt dat 35% van onze populatie minder verdient dan 1500 euro per maand. Ongeveer de helft heeft een gezinsinkomen tussen 1500 en 3000 euro per maand. 13% zit in de inkomenscategorie van meer dan 3000 euro per maand.

Arbeidsgerelateerde determinanten



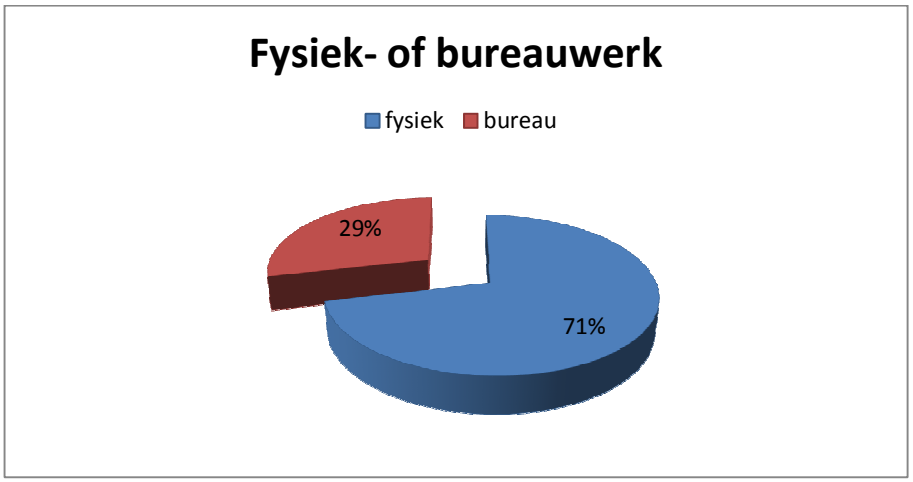
Figuur 11: Verdeling respondenten volgens werkstatus

We kennen nu van 2030 (87.2%) respondenten de werkstatus. We weten nu ook dat 853 (42%) werken, 244 (12%) werkloos zijn, 142 (7%) op invaliditeit staan, 426 (21%) gepensioneerd zijn, 142 (7%) studeren en 233 (11%) zijn huisman/huisvrouw.

Van 475 (20.4%) van onze respondenten kennen we nu ook de laatste werkplaats, terwijl dit vroeger maar van 73 (3%) patiënten bekend was. Als we bij de 853 respondenten die aangaven actueel werkend te zijn, kijken hoeveel hiervan hun laatste werkplaats invulden (n = 261), kunnen we hieruit besluiten, dat we nu de actuele werkplaats kennen van 30,60 % van onze werkende respondenten.

Fysiek versus bureauwerk

Figuur 12 toont de procentuele verdeling van de respondenten naar uitvoeren van vooral fysiek werk (Blue collar) versus vooral bureauwerk uitvoeren (White collar).



Figuur 12: Verdeling respondenten volgens werktype

71% van de onze respondenten doen vooral fysiek werk en 29% vooral bureauwerk.

Analyse van de resultaten

We beschrijven hier enkel kort de belangrijkste gevonden verbanden (Bijlage 4).

Geslacht

Mannen (53%) roken significant vaker dan vrouwen (47%) ($p<0.01$; Ch^2) en zij bewegen meer ($p< 0.01$; Chi^2 voor trend).

Wij vonden geen verschil tussen mannen en vrouwen voor wat betreft hun opleidingsniveau ($p=0.40$; Chi^2 for trend). Toch vinden we mannen vaker in de hogere inkomenscategorieën dan vrouwen: 55% versus 45% in de hoogste inkomenscategorie ($p<0.01$; Ch^2 for trend). 50% meer mannen dan vrouwen geven aan actueel te werken. Werkende mannen blijken daarenboven 50% meer kans te hebben fysiek werk te doen dan vrouwen ($p<0.05$; voor beide analysen).

Leeftijd

Er wordt minder gerookt ($p<0.01$; Ch^2 for trend) en er zijn iets meer fruit en groenten in de voeding, naarmate de respondenten ouder worden. We vonden geen verschillen volgens leeftijdcategorie voor de andere lifestylefactor bewegen.

Jongere mensen behaalden gemiddeld een hoger diploma dan oudere.

We vonden echter geen verschillen volgens leeftijd voor wat betreft gezinsinkomen, werksituatie, actuele werkstatus en ook geen verschil volgens leeftijd voor wat betreft fysiek werk uitvoeren versus bureauwerk, bij de actueel werkenden.

Gezinsinkomen

We vonden een significant verband tussen enerzijds een hoger diploma en een hoger gezinsinkomen ($p<0.01$; Kruskall-Wallis) en tussen actueel werken en een hoger gezinsinkomen. Bij mensen die werken zit 22% in de laagste inkomensschijf, bij niet-werkenden is dit 44% ($p<0.01$). Werknemers die bureauwerk doen (white collars) blijken 5 maal meer in de hoogste inkomensklasse te zitten dan werknemers die vooral fysiek werk doen (blue collars) ($p<0.01$, Chi^2 for trend).

Opleidingsniveau (diploma) en Gezinsinkomen

Hoe hoger diploma en gezinsinkomen zijn, hoe minder er wordt gerookt ($p<0.01$; Chi^2 for trend). We vonden geen relatie tussen opleidingsniveau en gezinsinkomen en de andere lifestylefactoren voeding en beweging.

We vonden verder een duidelijke relatie tussen hoogte van diploma en actueel aan het werk zijn. Respondenten met een hoger diploma blijken veel meer kans te hebben actueel aan het werk te zijn dan diegenen zonder diploma (56% versus 39%; $p<0.01$). Bij de werkenden, vonden wij een nog sterkere relatie tussen diploma en bureauwerk doen. Respondenten met een hoger diploma hebben 5 maal meer kans dat ze bureauwerk uitvoeren dan respondenten met een laag diploma ($p<0.01$).

Werken en type werk

Werkenden roken vaker dan niet werkenden (36% versus 29%, $p<0.01$).

Bij werkenden, roken fysiek werkenden 2.24 maal vaker dan bureau werkenden ($p<0.01$), terwijl zij gemiddeld ook minder groenten en fruit te consumeren ($p<0.01$; Chi^2 for trend).

We vonden geen verschillen voor wat betreft de andere lifestylefactoren.

Bespreking

Wat betreft het onderzoek zelf, vinden we het zeer positief, dat we erin slaagden op korte termijn via een kampanje, bij meer dan 70% van onze populatie belangrijke data te registreren.

Het feit dat we werken in een huisartsenpraktijk die al jaren ervaring heeft met wetenschappelijk onderzoek, heeft hier zeker toe bijgedragen. Ook het feit dat in een forfaitpraktijk de patiënten gewend zijn van bij het begin van elk kalenderjaar contact te moeten opnemen met de praktijk, vergemakkelijkte het opzetten van onze enquête. Het online plaatsen van de enquête was ook voor ons een positieve ervaring, want 25% van de patiënten die we mailden vulden de enquête in op de website en dat al binnen enkele dagen na de mailing. Een experiment dat zeker voor herhaling vatbaar is.

Anderzijds liep alles ook niet altijd vlot. Zo moesten toch nog veel dingen aanpassen in het EMD om de registratie vlot te laten verlopen en er nadien ook weer alle data uit te kunnen extraheren. Het manueel ingeven van alle enquêtegegevens in het EMD nam de nodige tijd in beslag. We dienden ook een aantal gegevens van lengte en gewicht bij een beperkt aantal dossiers achteraf manueel te corrigeren, omdat we onmogelijke BMI-berekeningen kregen, omdat gewicht en lengte soms verwisseld waren bij het ingeven in de juiste velden.

We dienden ook te corrigeren voor een aantal dossiers van patiënten die al waren overleden of uitgeschreven uit de praktijk, in de periode dat de enquête liep.

Wat betreft de verzamelde data, hebben we toch een aantal opvallende gegevens kunnen registreren.

Voor wat betreft de geregistreerde persoonsgegevens, blijkt dat we nu 3% minder telefoonnummers konden registreren dan in de nulmeting. In tegenstelling hiermee registreerden we wel 6% meer gsmnummers. Dit is vermoedelijk verklaarbaar indien een deel van onze respondenten hun vaste telefoon verwisselden voor een gsm. Slechts 27% van onze respondenten blijken een emailadres te hebben ingevuld. Omdat vermoedelijk de meeste mensen die een emailadres hebben, dit ook wel zouden hebben ingevuld, vermoeden we dat in deze populatie beduidend minder respondenten al werken met email dan in de gemiddelde Belgische populatie, waar dit ruim dubbel zo hoog ligt.

Voor wat betreft de lifestylefactoeren, blijkt uit de geregistreerde BMI's, dat meer dan de helft (54%) van onze populatie overgewicht heeft. Slechts 41% heeft een normale BMI. 5% heeft ondergewicht.

Het overgrote deel van onze respondenten blijkt ook weinig tot zeer weinig te bewegen. Slechts 26% van de respondenten komt aan het gewenste minimum van vijfmaal 30 minuten beweging per week. Meer dan 90% komt ook niet aan het gewenste aantal porties groenten en fruit. Slechts 8,4% van onze respondenten geraakt aan de gewenste 5 porties groenten en fruit per dag. Ook hier zou een relatie kunnen bestaan met het vastgestelde overgewicht.

Voor wat betreft de socio-economische determinanten, blijkt op de eerste plaats de lage scholingsgraad in deze populatie opvallend. 10% van onze patiënten blijkt geen enkel diploma te hebben. 28% van de respondenten in onze huisartsenpraktijk is laaggeschoold (geen diploma of alleen lager onderwijs). Slechts 11% van onze patiënten volgt algemeen vormend secundair onderwijs. Er zijn ook vragen te stellen bij het feit dat bijna 1 op 5 van de respondenten deze vraag over scholingsgraad niet heeft beantwoord. We kunnen ons afvragen of taalproblemen bij allochtone

patiënten hier mogelijk mee een verklaring geven. Mogelijk zouden hierdoor echter de cijfers nog meer naar de lagere scholingscategorieën kunnen verschuiven, bij een completere registratie.

Eén derde van onze patiënten blijkt een erg laag gezinsinkomen te hebben van nog geen 1500 euro per maand. Op zich een risicofactor voor morbiditeit en mortaliteit, zowel bij kinderen als bij volwassenen. Positief was wel dat de grote meerderheid van de respondenten zonder bezwaar hun gezinsinkomen bekend maakten (bijna 70% beantwoordden de vraag naar het inkomen), hetgeen we spontaan niet verwacht hadden. Mogelijk dat dit past in een goede vertrouwensband tussen artsen en patiënten.

Van 475 (20.4%) van onze respondenten kennen we nu ook de laatste werkplaats, terwijl dit vroeger maar van 73 (3%) patiënten bekend was. Als we bij de 853 respondenten die aangaven actueel werkend te zijn, kijken hoeveel hiervan hun laatste werkplaats invulden (n = 261), kunnen we hieruit besluiten, dat we nu de actuele werkplaats kennen van 30,60 % van onze werkende respondenten. Waarom slechts 30% van de respondenten hun actuele werkplaats invulden weten we niet.

Besluit en aanbevelingen

De huisarts kan mits een goede aanpak en ondersteuning wel degelijk een uitgebreide enquête doen onder zijn patiënten en goede resultaten behalen.

Veel collega's die we spraken hebben moeite om de gegevens gevraagd in de GMD+kampanje, bij hun patiënten te verzamelen. We denken, dat we met onze aanpak een goede methode hebben gevonden om hieraan tegemoet te komen.

Dat we het EMD als centraal werkinstrument namen om alles te registreren, geeft belangrijke voordelen. Het is ook een voorwaarde om in de toekomst verder onderzoek te kunnen doen over de vergelijking tussen de nu geregistreerde data en geregistreerde pathologie in het EMD.

Uit de literatuurstudie leerden we ook hoe belangrijk het registreren van lifestylefactoren en socio-economische determinanten wel is. We leerden hoe dit nu ook een prioriteit is voor het gezondheidsbeleid. We denken met onze ervaring van dit onderzoek, ook te kunnen bijdragen aan het beter registreren van deze belangrijke data in de toekomst.

Dankwoord

Dit onderzoek en deze thesis zouden niet gerealiseerd zijn, zonder de medewerking van vele helpende handen.

Ik wil op de eerste plaats mijn promotor Prof. Dr. Frank Buntinx bedanken voor zijn onophoudelijke steun en voor zijn goede adviezen en voor alle hulp bij de analyse van alle gegevens.

Verder bedank ik alle dokters en medewerkers van de huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk, voor hun inzet in deze intense kampanje. Meer bepaald Gerrie Gijbels, onze secretariaatverantwoordelijke en de andere secretariaatsmedewerksters Hacer en Els, die heel veel hebben geholpen, bij het oplossen van allerlei problemen en bij het invoeren van alle data.

Ik bedank ook alle patiënten voor hun bereidwillige medewerking bij het invullen van de enquête.

Vooral wil ik Dr Thomas Engelbeen bedanken voor alle aanpassingen die hij in het EMD aanbracht, om deze registratie mogelijk te maken en om de gegevens te helpen extraheren uit het EMD.

Ook Dr Marc Martens bedankt ik voor de hulp bij de literatuurstudie en het helpen uitschrijven van de tekst.

Verder bedank ik ook Dr Harrie Dewitte voor zijn hulp bij het schrijven van de tekst en zijn eindredactie.

Ook Dr Milly Thoolen, mijn praktijkopleider, moet ik bedanken, dat ik mijn stage mocht doen op deze huisartsenpraktijk, en dat ze ervoor zorgde dat ik de nodige tijd vrij kreeg op deze thesis tot een goed einde te brengen.

Verder bedank ik mijn moeder en mijn vriend voor het vele geduld dat ze opbrachten gedurende de afgelopen maanden.

Referenties

[1] M. Marmot and R. Wilkinson (eds). Social Determinants of Health, 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 376, $57.50. ISBN: 9780198565895.

[2] Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 21 october 2011. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

[3] Equity, social determinants and public health programmes. Edited by Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup 2010, 300 pages. ISBN 978 92 4 156397 0. World Health Organization 2010. PDF [300p] Available online at:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf

[4] Domus Medica vzw

[5] Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

[6] http://en.wikipedia.org/wiki/Richard_Doll

[7]http://www.unige.ch/medecine/imsp/collaborateurs/borisch/conferences/Lifestylefactors_Stockholm_2009.pdf

[8] Domus Medica Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. 2011. http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/gezondheidsgids.html

[9] Social Determinants of Health. The Solid Facts. Second edition. Edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. ISBN 92 890 1371 0

[10] http://www.framinghamheartstudy.org/

[11] Petrou S, Kupek E, Hockley C, Goldacre M. Social class inequalities in childhood mortality and morbidity in an English population. Paediatr Perinat Epidemiol. 2006 Jan;20(1):14-23.

[12] Michael Marmot. Social determinants of health inequalities. The Lancet, Volume 365, Issue 9464, Pages 1099 - 1104, 19 March 2005.

[13] M.F.J. Martens, F.J.N. Nijhuis, M.P.J. Van Boxtel, J.A. Knottnerus. Flexible work schedules and mental and physical health. A study of a working population with non-traditional working hours. Journal of Organizational Behavior, volume 20, issue 1, pages 35–46, January 1999.

[14] Neal Halfon, Kandyce Larson and Shirley Russ. Why Social Determinants? Healthcare Quarterly, 14(SP) 2010: 8-20

[15] JP. Mackenbach. New year's lecture 2009 Dutch version. http://survey.erasmusmc.nl/intern/pwp/jpmackenbach&tab=5

[16] http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf

[17] http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf

[18]http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

[19] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf

[20] http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

[21] http://www.who.int/sdhconference/en/

[22] http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

[23]http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/AlternativeCivilSocietyDeclaration20Sep.pdf

[24] http://www.who.int/social_determinants/en/

[25] http://en.wikipedia.org/wiki/Michael_Marmot

[26] Adelaide Statement on Health in All Policies. WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010.

[27] http://heapro.oxfordjournals.org/content/25/2/258.full

[28] http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/gezondheidsgids/2811-de-gezondheidsgids.html

[29] Onderzoek naar het voorkomen van aandoeningen van de luchtwegen in Nieuw Sledderlo. GVHV 2007. http://gvhv-mplp.be/nl/extra/projecten/onderzoek-naar-het-voorkomen-van-luchtwegenaandoeningen-in-nieuw-sledderlo-door-gvhv

[30] http://www.mmk.be/afbeeldingen/File/GenkZuid100108.pdf

[31] http://www.mmk.be/afbeeldingen/File/Gezondheidsenquete_Genk_Zuid2007.pdf

[32] http://www.wgcdekaai.be/media/tekst/Artikel%20forfaitaire%20betaling%20--%20Bruno%20Art%20-%20Jan%20De%20Maeseneer.pdf

[33] http://www.riziv.fgov.be/care/nl/medical-house/general-information/procedure/index.htm

[34] http://www.thesistools.com/web/index.php?id=249641&code=