Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen?

Stijn Vandenberghe, Universiteit Gent

Eva Cosyn, Universiteit Gent

HAIO 2010-2012

Promotor: Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: Er bleek in de praktijk plaats voor een initiatief waarin verschillende preventieve acties gekoppeld worden. In dit project wilden we een preventief beleid in de praktijk implementeren door patiënten op een zo efficiënt mogelijke manier uit te nodigen voor een algemeen preventieconsult.

Onderzoeksvraag: Wat is de respons op een populatiegerichte uitnodiging voor een preventieconsult in een landelijke en een voorstedelijke praktijk? Welke demografische en socio-economische factoren zijn bepalend voor deelname aan een preventieconsult?

Methode: In eerste instantie werd in de literatuur nagegaan wat de meest efficiënte implementatiestrategie voor algemene preventie is, en welke demografische en socio-economische factoren bepalend zijn voor de respons op een uitnodiging voor preventie. Vervolgens werd de respons in onze praktijken geregistreerd, en werd nagegaan of deze factoren ook van belang zijn voor een algemeen preventieconsult in een landelijke en voorstedelijke praktijk. De onderzochte variabelen zijn geslacht, leeftijd, pensioen, verhoogde tegemoetkoming, gebruik van chronische medicatie, woonplaats en aantal consultaties in het voorgaande jaar. Met behulp van logistische regressie gingen we de onafhankelijke bijdrage van elke variabele na.

Resultaten: Uit de literatuur blijkt een schriftelijke uitnodiging de meest kosteneffectieve methode om patiënten te rekruteren. Leeftijd en socio-economische status zijn van invloed op de respons op screening naar kanker en cardiovasculaire risicofactoren. In deze studie bedraagt de respons op een schriftelijke uitnodiging 20,19%. Enkel de woonplaats en het aantal consultaties in het voorgaande jaar zijn significant gecorreleerd met het al dan niet ingaan op de schriftelijke uitnodiging. Patiënten uit een voorstedelijk gebied (OR 2.26) en patiënten die frequenter op consultatie komen (OR 1.053 per bijkomende consultatie) hebben een grotere kans om in te gaan op de uitnodiging.

Conclusies: Tijdens dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd algemene preventie op een succesvolle manier geïmplementeerd in de eerste lijn. De respons op deze schriftelijke uitnodiging bleek lager dan we uit de literatuur hadden verwacht. Een schriftelijke uitnodiging aan patiënten in een landelijke of voorstedelijke praktijk leek de demografische ongelijkheid te vergroten, de sociale ongelijkheid echter niet. Op basis hiervan kunnen aparte implementatiestrategieën ontwikkeld worden om deze doelgroepen op een gelijke manier te bereiken.

Inhoudsopgave

1 Inleiding 5

1.1 Keuze onderwerp 8

1.2 Doelstelling 9

1.3 Onderzoeksvraag 9

2 Literatuuronderzoek 10

2.1 Zoekstrategie 10

2.2 Rekruteringsstrategieën 10

2.3 Reminders 12

2.4 Respons 13

2.5 Demografische en socio-economische factoren 14

2.5.1 Demografische factoren 14

2.5.2 Socio-economische factoren: opleidingsniveau, inkomen, tewerkstelling, burgerlijke staat 15

2.6 Opkomst vergrotende maatregelen 16

3 Methode 18

4 Resultaten 21

4.1 Karakteristieken van de algemene populatie 21

4.2 Beschrijvende statistiek 24

4.2.1 Tijd tot respons 24

4.2.2 Verschil tussen artsen 24

4.2.3 Geslacht 25

4.2.4 Leeftijd 25
4.2.5 Pensioen 26
4.2.6 Verhoogde tegemoetkoming 27
4.2.7 Chronische medicatie 28
4.2.8 Aantal consultaties in laatste jaar 28
4.2.9 Woonplaats 29
4.2.10 Besluit 29
4.3 Logistische regressie 30
5 Discussie 32
6 Conclusie 37
7 Referenties 38
8 Bijlagen 41
8.1 Bijlage 1: Uitnodiging preventieconsult 41
8.2 Bijlage 2: Poster 42
8.3 Bijlage 3: Vragenlijst uit de Gezondheidsgids, Domus Medica 43
8.4 Bijlage 4: Informed consent 44

1 Inleiding

De hedendaagse huisarts heeft diverse taken te vervullen: kwaliteitszorg aanbieden op een persoonsgerichte manier; curatief maar ook preventief werken, rekening houdend met de fysische, psychische, sociale en culturele achtergrond van elke patiënt. Vooral preventie is de laatste jaren dé manier geworden om een bijkomende gezondheidswinst op te leveren; het is eigenlijk een stap die al te vaak wordt overgeslagen. In Vlaanderen daalde de laatste decennia de voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit. Echter, het aandeel van te voorkomen aandoeningen als oorzaak van morbiditeit en mortaliteit, zoals cardiometabole aandoeningen en kanker, neemt toe [1]. Tevens is aangetoond dat reductie van risicofactoren bij gezonde personen – primaire preventie dus – een belangrijke invloed heeft op deze mortaliteit. Zo zorgde een reductie van cardiovasculaire risicofactoren bij gezonde personen in Engeland en Wales tussen 1981 en 2000 voor 45.370 minder cardiovasculaire overlijdens per jaar. Eenentachtig procent daarvan was te wijten aan primaire preventie, slechts 19% aan secundaire preventie [2]. Vandaar dat er ook in Vlaanderen vanuit verschillende hoeken impulsen kwamen om preventie in de eerste lijn te ondersteunen.

Reeds in 2008 werd door een werkgroep van de huisartsenbelangenvereniging Domus Medica in samenwerking met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) een handleiding opgesteld met 12 preventieve maatregelen [3]. Pilootprojecten in Vlaanderen en Nederland toonden aan dat er

- een goede respons kwam op uitnodigingen voor een preventieconsult, evenwel variërend van 33 tot 75% [4,5]
- bij een significant aantal patiënten nieuwe afwijkingen gevonden werden of nieuwe interventies voorgesteld werden [4,5,6]
- een grote tevredenheid was bij patiënten die deelnamen aan een preventieconsult, en dat dit de relatie tussen huisarts en patiënt verbeterde [6,7]

In september 2010 bracht Domus Medica de Gezondheidsgids uit [8]. Deze gids biedt een leidraad om een preventiebeleid op maat van de individuele patiënt uit te stippelen, en bestaat uit een vragenlijst, een handleiding voor de arts en een afsprakenkaartje.

Volgende topics komen tijdens een preventieconsult aan bod:

- Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten
- Stimuleren van rookstop
- Advies over gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit
- Opsporen van diabetes
- Vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken
- Vroegtijdige opsporing van borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker
- Peilen naar het gebruik van alcohol, slaap- en kalmeermiddelen
- Peilen naar het risico op depressie

Uniek aan dit preventieconsult is dat voor het eerst de belangrijkste "evidence based" preventiemaatregelen gegroepeerd werden binnen één module, daar waar vroeger bijvoorbeeld cardiovasculaire preventie en kankerscreening steeds gescheiden verliepen.

Het duurde evenwel nog tot 1 april 2011 alvorens er vanuit de overheid ondersteuning kwam voor huisartsen die een preventieconsult aanboden. Dit kwam er uiteindelijk in de vorm van een Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+) met een bijbehorend nomenclatuurnummer voor het uitvoeren van een preventieconsult. Eind 2011 werd de inhoud van dit preventieconsult licht aangepast, onder meer door het luik slaap- en kalmeermiddelen te schrappen en te screenen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.

In dit praktijkverbeterend project wilden we een georganiseerd preventief beleid in twee verschillende praktijken in Merelbeke en Oosterzele implementeren door patiënten op een zo efficiënt mogelijke manier uit te nodigen voor een algemeen preventieconsult. Tot nog toe gebeurde preventie immers enkel op opportunistische basis. Aangezien in onze praktijken een dergelijke populatiegerichte actie nog nooit werd uitgevoerd, rees de vraag hoe we dit best konden organiseren, en vooral welke uitnodigingsstrategie we zouden hanteren en aan welke criteria deze moest voldoen.

Naast de Gezondheidsgids werden door de overheid al een aantal maatregelen genomen om het preventieconsult laagdrempelig te maken voor de patiënt en de arts: het toepasbaar

maken van de derdebetalersregeling voor het consult en het GMD+, de tegemoetkoming voor de arts en een preventiemodule in het elektronisch medisch dossier.

Niet elke patiënt staat klaar voor preventieve geneeskunde. Het leek dan ook interessant om na te gaan welke demografische en socio-economische karakteristieken bepalend zijn voor het al dan niet ingaan op een uitnodiging voor een preventieconsult. Eenmaal onderzocht welke karakteristieken patiënten hebben die er niet op ingaan, kunnen gerichte strategieën ontwikkeld worden om deze patiënten toch meer bij preventieve geneeskunde te betrekken.

1.1 Keuze onderwerp

Doorheen de stages merkten we dat er niet steeds gestructureerd aan preventie wordt gedaan in de huisartsgeneeskunde. Ook tijdens de eerste maanden als HAIO bleek preventieve gezondheidszorg een lacune in onze praktijken, waarschijnlijk omwille van tijdsgebrek en gebrek aan organisatie van preventieve activiteiten. Zo wordt bij veel patiënten enkel een jaarlijkse bloedafname uitgevoerd, vaak zelfs op vraag van de patiënt. Daaruit ontstond het idee om tijdens één consult een aantal preventieve maatregelen aan te bieden. De combinatie van een voorstedelijke (Merelbeke) en een landelijke (Oosterzele) praktijk liet ons toe om meer patiënten te includeren en een meer diverse onderzoeksgroep samen te stellen.

In september 2010 lag de Gezondheidsgids van Domus Medica in de bus [8], en werd de terugbetaling van het GMD+ goedgekeurd. Dit was een uitgelezen kans. We wilden dit instrument gebruiken om een georganiseerd preventief aanbod tot bij de patiënten te krijgen. Wat allemaal in preventie aangeboden dient te worden, staat al zeer lang ter discussie. In de Gezondheidsgids zijn enkel “evidence based” preventieve maatregelen opgenomen. Men dient als arts echter ook zelf te overwegen welke andere preventieve maatregelen zinvol kunnen zijn voor de individuele patiënt. Deze discussie laten we hier buiten beschouwing. De Gezondheidsgids is voor ons een handig en duidelijk instrument om tijdens het preventieconsult te hanteren.

In 2010 lazen wij dat Dr. Lenie Jacobs een prijs gewonnen had met haar Manama-project: ‘De Gezondheidsgids: Perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel’ [7]. Zij was voor ons ook een inspiratiebron om dit Manama-project te starten.

Het implementeren van preventieve geneeskunde in de praktijk leek ons een praktisch haalbare interventie die op korte en lange termijn de kwaliteit van zorg kan verbeteren.

1.2 Doelstelling

De hoofddoelstelling is om met behulp van een goede strategie een preventief beleid in de praktijk te implementeren. We willen nagaan of we met deze strategie een demografische of socio-economische ongelijkheid creëren. Op die manier identificeren we minder bereide patiënten om hen op een specifieke manier te kunnen benaderen. Dit wil zeggen dat we de rekruteringsstrategie, dit is de manier waarop een uitnodiging gebeurt, kunnen aanpassen aan een doelgroep met bepaalde karakteristieken. Ons uiteindelijke doel is om op een populatiegerichte manier aan gezondheidsbevordering te doen, en dus een betere kwaliteitszorg te kunnen bieden aan elke patiënt.

1.3 Onderzoeksvraag

Wat is de respons op een populatiegerichte uitnodiging voor een preventieconsult in een landelijke en voorstedelijke praktijk?

Welke demografische en socio-economische factoren zijn bepalend voor deelname aan een preventieconsult?

2 Literatuuronderzoek

Op basis van de literatuur wilden we nagaan

- wat de meest efficiënte wijze is om patiënten uit te nodigen voor een preventieconsult.
- of er reeds onderzoek gebeurd is naar de relatie tussen preventieve geneeskunde enerzijds en demografisch en socio-economische factoren anderzijds.

Er werd uitgebreid onderzoek gedaan over aparte deelgebieden zoals kankerscreening, vaccinatie of cardiovasculaire screening. Er zijn echter bijna geen onderzoeken naar een bredere preventieve interventie waarbij al deze deelgebieden tegelijkertijd aan bod komen.

2.1 Zoekstrategie

Onze informatie haalden we aanvankelijk uit bronnen uit de eerstelijnsgeneeskunde: Domus Medica, Minerva en de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Verder zochten we via de website van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), de Cochrane Collaboration en Pubmed. Als zoektermen hanteerden we: *primary care, general practice, family practice, prevention, strategy, letter, phone call, implementation, invitation, intervention, screening, cancer, cardiovascular, participation, socioeconomic, sex, age, reminder.* Ten slotte baseerden wij ons ook gedeeltelijk op de Manama-thesissen van Dr. Melissa Musschoot en Dr. Lenie Jacobs, die beide handelen over het preventieconsult.

2.2 Rekruteringsstrategieën

Aangezien veel huisartsen terugdeinzen om een dergelijk project in de praktijk te organiseren, dienden we eerst na te gaan welke rekruteringsstrategie men het beste kan hanteren. Diverse methoden zijn al uitgeprobeerd en geanalyseerd. Wij hebben onze keuze gebaseerd op literatuuronderzoek die de effectiviteit en efficiëntie van verschillende strategieën vergelijkt.

Bij het nagaan van de bestaande literatuur omtrent algemene preventie in de huisartsgeneeskunde bleek dat deze strategieën enkel uitvoerig onderzocht waren met betrekking tot specifieke preventieve interventies zoals borst- en colonkankerscreening en

cardiovasculaire preventie. We konden geen publicaties terugvinden waarin de respons op een uitnodiging voor een algemeen preventieconsult op populatieniveau werd onderzocht.

De volgende strategieën werden onderzocht:

- Geschreven uitnodiging
- Telefonische oproep
- Geschreven uitnodiging in combinatie met telefonische oproep
- Educatiemateriaal opgestuurd via geschreven post
- Georganiseerde activiteiten of bijeenkomsten

Saywelle et al vergeleken 3 manieren om patiënten uit te nodigen voor borstkankerscreening [9]. De eerste groep kreeg een brief, de tweede een telefonische oproep, de derde de combinatie van beiden. De respons bedroeg respectievelijk 43,27%, 41,91% en 49,38%. De hoogste opkomst was er in de groep die de combinatie kreeg, maar deze methode bleek ook meer dan dubbel zo duur als de brief of de telefonische oproep apart. De brief bleek dus de meest kosteneffectieve methode.

Szilagyi et al vergeleken verschillende rekruteringsstrategieën en concludeerden dat alle gehanteerde methodes effectief waren [10]. De telefonische oproep bleek de meest effectieve (OR 4,27 – 9,61), maar ook de duurste.

In een andere Cochrane review over borstkankerscreening werden 14 artikels geïncludeerd waarin men verschillende uitnodigingsstrategieën vergeleek [11]. Elke interventie werd vergeleken met een controlegroep waarin geen actie werd ondernomen. Er werd dus niet vergeleken tussen verschillende interventies onderling. De gekozen strategie bleek belangrijk om een voldoende hoge participatie aan het screeningsprogramma te bekomen. Ten opzichte van de controlegroep gaf een uitnodigingsbrief een OR van 1,66, een telefonische oproep een OR van 1,94 en de combinatie van beiden een OR van 2,53. Opnieuw bleek hier de combinatie het minst kosteneffectief.

Volgens het Nederlands rapport over preventie in de huisartsenpraktijk [6], riep ongeveer een kwart van de huisartsen zijn patiënten *actief* op om deel te nemen aan preventieve acties. Preventieve interventies werden voornamelijk *passief* uitgevoerd, namelijk wanneer de patiënt hier zelf om vroeg of op consultatie kwam voor andere klachten. Artsen bleken

preventieve acties meer voor te stellen aan patiënten met een erfelijke belasting of een risicoprofiel (nicotinegebruik, obesitas), echter minder aan patiënten met een lage socio-economische status of patiënten van allochtone afkomst. In de praktijk werd preventie op diverse manieren geïmplementeerd. De auteurs stuurden aan op verder onderzoek naar het effect van een meer populatiegerichte, proactieve aanpak.

Hierop baseerden deze auteurs zich voor het Preventieproject Cardiometabool Risico [12]. Deze pilootstudie is het enige onderzoek dat handelt over een meer uitgebreide preventieve interventie. Deze studie vergeleek een actieve (door middel van uitnodiging) en een passieve (door middel van poster of folders) aanpak. De nadruk werd gelegd op de haalbaarheid van het project. Aan zorgverleners werd gevraagd welke rekruteringsstrategie volgens hen het meest effectief zou zijn. Deze zorgverleners verwachtten het beste resultaat van het aanspreken van de patiënt tijdens het spreekuur en van een uitnodiging per brief. Een online vragenlijst bleek meer weerstand te creëren omwille van de angst dat de privacy zou worden geschonden. Een papieren versie was voor hen dus het beste alternatief op populatieniveau. De meeste huisartsen waren tenslotte van mening dat preventie vooral de hoog-risicogroepen moet bereiken.

In geen van de geselecteerde studies werd onderzoek gedaan naar modernere rekruteringsstrategieën zoals e-mail of tekstberichten op GSM.

2.3 Reminders

In de Engelstalige literatuur spreekt men vaak over ‘reminders’. Een reminder is in dit geval een uitnodiging om een preventieve actie te ondernemen wanneer de tijd hiervoor aangebroken is. Voorbeelden hiervan zijn een uitnodiging voor een griepvaccinatie in de maand oktober en een tweejaarlijkse uitnodiging voor het ondergaan van een mammografie.

Anderson et al onderzochten dit met behulp van een uitnodiging voor griepvaccinatie en registreerden een respons van 85.3% [13]. Uit een enquête bleek dat de patiënten de schriftelijke uitnodiging apprecieerden en deze in de toekomst nog zouden willen ontvangen.

Karwalajtys et al deden een vergelijkbaar onderzoek [14]. Hierbij gebruikte men een uitnodiging voor screening naar baarmoederhalskanker. Er werd een opkomst van 54.3% gemeten. Ook de patiënten in deze studie vonden het ontvangen van een brief nuttig, en 80% van de responders wilde deze in de toekomst blijven ontvangen.

Een reminder kan ook een andere betekenis hebben. Het kan een herinnering zijn voor patiënten die op een eerste uitnodiging niet gereageerd hebben. Dit is bewezen effectief te zijn. In een Nederlands onderzoek ging men na hoe groot de respons was op een uitnodiging voor preventieve onderzoeken [12]. Tien weken na de eerste brief werd een herinnering verstuurd. Net na deze reminder zag men een duidelijke piek in de respons (minder dan 10 respondenten in week 10, meer dan 80 in week 11). Deze bleek zelfs groter dan de respons in de eerste week na de eerste uitnodiging.

2.4 Respons

In een Nederlands pilootproject over cardiovasculaire preventie had een passieve aanpak (poster, folder) een respons van 1% en een actieve aanpak (brief) een respons van 33% [12]. De actieve benadering bleek dus effectiever, al werd verwacht dat het direct aanspreken van de patiënt door de huisarts effectiever zou zijn. Aangezien de karakteristieken van de Nederlandse populatie vergelijkbaar zijn met die van de Vlaamse, zouden we voor ons praktijkproject een respons van 30 à 40% kunnen verwachten.

Feldstein et al onderzochten de respons op een schriftelijke uitnodiging voor borstkankerscreening [15]. Voordien werd 63.4% van de vrouwelijke patiënten op regelmatige basis gescreend. Na het versturen van de schriftelijke uitnodiging steeg dit tot 75.4%. Tijdens de verdere follow-up steeg dit percentage nog naar 80.6%. Het versturen van de uitnodiging bleek dus effectief.

Het is opmerkelijk dat er een hogere respons is voor een uitnodiging voor kankerscreening dan voor deelname aan een cardiometabool preventieproject. Alhoewel deze onderzoeken in een totaal verschillende context werden uitgevoerd, zouden we kunnen vermoeden dat de bezorgdheid bij patiënten om een vorm van kanker te krijgen groter is dan de bezorgdheid om een cardiovasculaire aandoening te ontwikkelen.

2.5 Demografische en socio-economische factoren

In de literatuur is uitvoerig aangetoond dat demografische en socio-economische factoren een belangrijke rol spelen in de deelname van patiënten aan preventieve geneeskunde. De respons op een uitnodiging verschilt sterk in functie van leeftijd, geslacht, origine, scholingsgraad, inkomen, beroepsactiviteiten en sociale klasse. Vooral wat betreft kankerscreening werden grote verschillen gevonden.

Deze verminderde deelname aan preventieve onderzoeken in combinatie met andere factoren zoals levensstijl, voedingsgewoonten en mentale gezondheid resulteren onder andere in een hogere prevalentie van hart- en vaatziekten, kanker, …

Zoals hierboven vermeld zijn schriftelijke en telefonische uitnodigingen effectief. Dit is echter niet uniform, afhankelijk van onder andere de socio-economische status kunnen andere rekruteringsstrategieën effectiever zijn. Tevens wordt besproken welke maatregelen de respons bij dergelijke groepen kunnen verbeteren.

2.5.1 Demografische factoren

2.5.1.1 Geslacht

Vrouwen hebben een hogere participatiegraad dan mannen bij screening naar colorectale kanker (OR 1.58) [16], maar een nagenoeg gelijke participatiegraad bij screening naar maagkanker (51.2% vrouwen, 48.8% mannen) [17].

2.5.1.2 Leeftijd

Er was minder participatie bij screening naar colorectale kanker in de jongste en de oudste leeftijdscategorieën (respectievelijk 50-54 jaar en 70-74 jaar) [16]. De participatie was het grootst in de groep van 65 tot en met 69 jaar (OR 1.53 in vergelijking met de jongste leeftijdscategorie).

In een nationaal borstkankerscreeningsprogramma in Frankrijk werden dezelfde bevindingen gemaakt (OR voor participatie 0.73 voor 50-54-jarigen, OR 0.78 voor 70-74-jarigen in vergelijking met 55-69-jarigen) [18].

2.5.1.3 Origine

De respons op een uitnodiging voor screening naar colorectale kanker in Denemarken bleek lager bij niet-westerse immigranten dan bij autochtonen (OR 0.62) [16]. Wanneer men echter corrigeerde voor de socio-economische status bedroeg de OR slechts 0.93 (0.87-0.99), wat maar net significant is. Een persoon van niet-westerse origine met een gemiddelde socio-economische status neemt dus bijna evenveel deel aan colorectale kankerscreening dan een autochtone patiënt met dezelfde socio-economische status.

In een Nederlandse studie over de respons op een uitnodiging voor vaccinatie tegen baarmoederhalskanker zag men minder respons bij meisjes van wie de beide ouders van Marokkaanse of Turkse afkomst waren. In dit onderzoek werd echter niet gecorrigeerd voor andere factoren [19].

2.5.2 Socio-economische factoren: opleidingsniveau, inkomen, tewerkstelling, burgerlijke staat

In de studie van Frederiksen et al hadden hoger opgeleide patiënten en patiënten uit een hogere inkomensklasse een hogere participatie bij screening naar colorectale kanker (OR respectievelijk 1.38 en 1.94) [16]. Invaliden en werklozen participeerden minder (OR respectievelijk 0.74 en 0.83 in vergelijking met de actieve beroepsbevolking), terwijl gepensioneerden net vaker ingingen op een uitnodiging (OR 1.37). Alleenstaanden participeerden minder in vergelijking met gehuwden of samenwonenden (OR 0.64).

Ook in andere onderzoeken werd een verband gevonden tussen socio-economische factoren en de respons op een uitnodiging voor screening naar onder andere borstkanker, colorectale kanker, maagkanker en uitnodiging voor HPV-vaccinatie.

Bij hoger opgeleiden, personen met een hoger inkomen, samenwonenden of gehuwden en werkenden in Korea zag men ook een snellere respons op een uitnodiging voor borst- en maagkankerscreening [17].

Een review over screening naar colorectale kanker toonde tegenstrijdige resultaten [20]. In de Verenigde Staten bestond er een hogere incidentie van colorectale kankers bij personen met een lagere socio-economische status (RR 1,0-1,5), terwijl er in Duitsland net een lagere incidentie bestond in deze groep (RR 0,3-0,9). Dit kan verklaard worden doordat screening in

Duitsland voornamelijk op opportunistische basis gebeurt. Op deze manier bereikt men namelijk vooral personen met een betere socio-economische status. Door het effect van de screening op zichzelf kan er in deze groep dus tijdelijk een verhoging van de incidentie optreden (selectiebias).

Hoe dan ook hebben personen met een lagere socio-economische status in beide gevallen een slechtere behandelingsgraad, overlevingsgraad en een hogere mortaliteit.

In Nederland bleek er minder HPV-vaccinatie te zijn in regio's met een lagere socio-economische status, en dit terwijl die regio's onafhankelijk hiervan ook een hogere incidentie van cervixcarcinoom vertonen en minder deelnemen aan cervixkankerscreening [19].

2.6 Opkomst vergrotende maatregelen

Voor kankerscreening en kankerpreventie bestaat er dus een grote demografische en sociale ongelijkheid, met een duidelijk lagere participatiegraad bij jongere en oudere leeftijdsgroepen, personen met vreemde origine en personen met een lagere socio-economische status. Onafhankelijk hiervan hebben personen met een lagere socio-economische status net een verhoogd risico op kanker en cardiovasculaire aandoeningen en een slechtere prognose bij diagnose. Het lijkt dus logisch dat preventie in deze groep nog belangrijker is dan in de groep met een betere socio-economische status.

Er moeten dus specifieke strategieën ontwikkeld worden om participatie aan screening bij personen met een lagere socio-economische status te vergroten.

In twee meta-analyses werden verschillende strategieën geëvalueerd om de participatiegraad bij respectievelijk borstkankerscreening en cervixkankerscreening te vergroten in groepen met een lagere socio-economische status [21].

- De efficiëntie van screening steeg wanneer patiënten tijdens het consult niet cash hoefden te betalen.
- Uitnodigingsbrieven met gedetailleerde medische uitleg trekken meer vrouwen uit hogere sociale klassen aan en vergroten dus de socio-economische ongelijkheid in respons op screening.

- Persoonlijk geadresseerde brieven en persoonlijk contact bleken de meest kosteneffectieve methodes om de respons van lagere socio-economische klassen te verbeteren. De combinatie van beide bleek effectiever maar minder kosteneffectief [9].

3 Methode

'The Committee on the Quality of Health Care' beschreef zes voorwaarden om aan kwaliteitsvolle gezondheidszorg te doen [22]. Deze eigenschappen zijn: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdseffectiviteit, efficiëntie en gelijkheid. Hierop hebben wij ons gebaseerd om ons onderzoek praktisch te organiseren.

Een eerste stap was de implementatie in de praktijk. Hierbij moest een keuze gemaakt worden omtrent de strategie en het doelpubliek.

De gekozen strategie werd duidelijk vanuit de literatuur: brieven en telefonische oproepen zijn effectief, brieven zijn meer kosten-effectief dan telefonische opreoepen. Een belangrijk criterium was de haalbaarheid in de praktijk, aangezien het de bedoeling is het preventieconsult in de toekomst voort te zetten. Er werd dus gekozen om een uitnodiging te versturen per post (bijlage 1). Voor de opmaak van de uitnodiging wonnen we het advies in van een marketing-student. Een dergelijke uitnodiging kan best aan bepaalde criteria voldoen. Ze dient kort en bondig te zijn en toch voldoende informatie te geven omtrent het project. Er werd in de brief specifiek gevraagd om voor het preventieconsult een aparte afspraak te maken (bijlage 1). Ook werd in de wachtzaal een poster opgehangen met de boodschap te kunnen deelnemen aan een preventieconsult (bijlage 2).

Voor het bepalen van het doelpubliek werden inclusie- en exclusiecriteria gebruikt. Een lijst van het doelpubliek werd verkregen via het elektronisch medisch dossier.

- Inclusiecriteria:
    - Patiënten met een GMD
    - Leeftijd 50-75 jaar. Bij jongere personen zijn te weinig interventies mogelijk, bij ouderen hebben veel preventieve acties geen gunstig kosten-baten effect.
- Exclusiecriteria:
    - Levensverwachting minder dan 10 jaar
    - Patiënten die niet zelf op de raadpleging kunnen komen, bv. rusthuizen, chronische patiënten die enkel op huisbezoek worden gezien
    - Patiënten in een instelling

Het versturen van de brieven gebeurde sequentieel om het project praktisch haalbaar te maken. Als alle brieven ineens zouden zijn verstuurd, zou de werkdruk in de weken hierop volgend te groot geworden zijn. De brieven werden dus verstuurd per leeftijdsgroep van 5 jaar: 50-54 jaar, 55-59 jaar, 60-64 jaar, 65-69 jaar en 70-75 jaar. Om de 2 weken werd een nieuwe groep aangeschreven. Dit in de veronderstelling dat de respons na 2 weken zou uitdoven en er dus opnieuw meer tijd beschikbaar zou zijn voor een volgende groep.

Een ideale periode om dit project te lanceren leek ons de late lente en het begin van de zomer van 2011, aangezien het dan over het algemeen in de praktijken wat kalmer wordt en er dus meer tijd is voor dergelijke interventies. Het doel was om tegen eind september 2011 klaar te zijn met het versturen van de uitnodigingen, omdat er dan meestal opnieuw een drukkere periode volgt, met een piek van infecties en dus minder tijd voor preventieve interventies. Een nadeel is dat de zomer ook meestal de periode is waarin veel gereisd wordt en sommige patiëntengroepen dus afwezig zijn. In de praktijk in Oosterzele werden de eerste uitnodigingen verstuurd in mei, in de praktijk in Merelbeke in juli. In Merelbeke werd eerst de oudste groep uitgenodigd, vervolgens de jongere groepen. Dit omwille van de mogelijke afwezigheid van de jongere groepen in de zomermaanden.

De datum waarop de brieven verstuurd werden en waarop de patiënten telefonisch contact namen om een afspraak te maken voor het preventieconsult werden geregistreerd.

Voor het preventieconsult zelf werd een halfuur de tijd genomen. Voor de praktische uitvoering van het preventieconsult baseerden we ons op de Gezondheidsgids die in september 2010 door Domus Medica werd verspreid. De bijbehorende vragenlijst (bijlage 3) werd overlopen en vervolgens werden enkele interventies gedaan: bloeddrukmeting en klinisch onderzoek, eventuele vaccinaties, indien nodig kort rookstop-, voedings- en bewegingsadvies. Verdere preventieve acties werden afgesproken. De gegevens die uit dit consult verkregen werden, werden genoteerd in het medisch dossier van de patiënt. We lieten de patiënt ook een informed consent tekenen, aangezien we enkele dossiergegevens gebruikten voor verdere analyses (bijlage 4).

Bij de analyse van de resultaten van dit onderzoek werden niet alle gegevens verkregen tijdens het preventieconsult weerhouden, enkel de demografische en socio-economische: geboortedatum, geslacht, adres, afkomst, terugbetalingscode, beroep, en aantal consultaties

tijdens het laatste jaar. In deze studie werd het recht op verhoogde tegemoetkoming als parameter voor socio-economische status gebruikt. Als variabele voor de woonplaats gebruikten we het wonen in een ruraal of niet-ruraal dorp of deelgemeente.

Vervolgens werden de geïncludeerde patiënten geanonimiseerd. Er werd nagegaan na hoeveel tijd patiënten op de uitnodiging ingingen, en wanneer deze respons uitdoofde. De karakteristieken van de populatie werden beschreven en vergeleken tussen de twee praktijken, en er werd nagegaan of er voor en na logistische regressie een correlatie kon aangetoond worden tussen hoger genoemde variabelen en de respons op een uitnodiging voor een preventieconsult.

4 Resultaten

Hierna tonen we de resultaten van onze registratieperiode. Een aantal gegevens waren niet gekend of ontbreken in veel dossiers. Bij de terugbetalingscode kan men zich de vraag stellen hoe up to date deze gegevens nog waren. Gegevens over het beroep ontbraken vaak in het dossier.

Deze gegevens werden geanalyseerd: tijd tot respons, leeftijd, geslacht, terugbetalingscode, woonplaats, en het aantal consultaties in het voorgaande jaar (2010).

4.1 Karakteristieken van de algemene populatie

Van alle patiënten in beide praktijken waren er eind december 2010 898 patiënten tussen 50 en 75 jaar voor wie een GMD aangemaakt was tussen 1 januari 2009 en 31 december 2010. Hiervan werden er 17 geëxcludeerd omwille van onvolledige adresgegevens of verhuis naar een andere huisartsenpraktijk. Nog eens 9 patiënten bleken overleden. Vijfentwintig patiënten werden geëxcludeerd omdat zij niet zelf op consultatie konden komen, in een rust- en verzorgingstehuis verbleven of een geschatte levensverwachting van minder dan 10 jaar hadden. In totaal werden 847 patiënten geïncludeerd in de studie, 433 in Merelbeke en 414 in Oosterzele.

Er werden 402 mannen (47,46%) en 445 vrouwen (52,54%) uitgenodigd voor een preventieconsult. Voor Merelbeke waren dit 211 mannen (48,73%) en 222 vrouwen (51,27%), voor Oosterzele 191 mannen (46,14%) en 223 vrouwen (53,86%).

De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde patiënten bedroeg 60 jaar, dit was 60 jaar in Merelbeke en 61 jaar in Oosterzele. Het grootste aantal patiënten met een GMD bevond zich in de jongste leeftijdscategorie, oudere groepen hadden steeds minder geïncludeerde patiënten.

Van de totale groep was 25,97% gepensioneerd, 63,75% niet-gepensioneerd en van 10,27% was het niet gekend of zij al dan niet gepensioneerd waren. Voor Merelbeke en Oosterzele bedroeg het aantal gepensioneerden respectievelijk 24,48% en 27,54%.

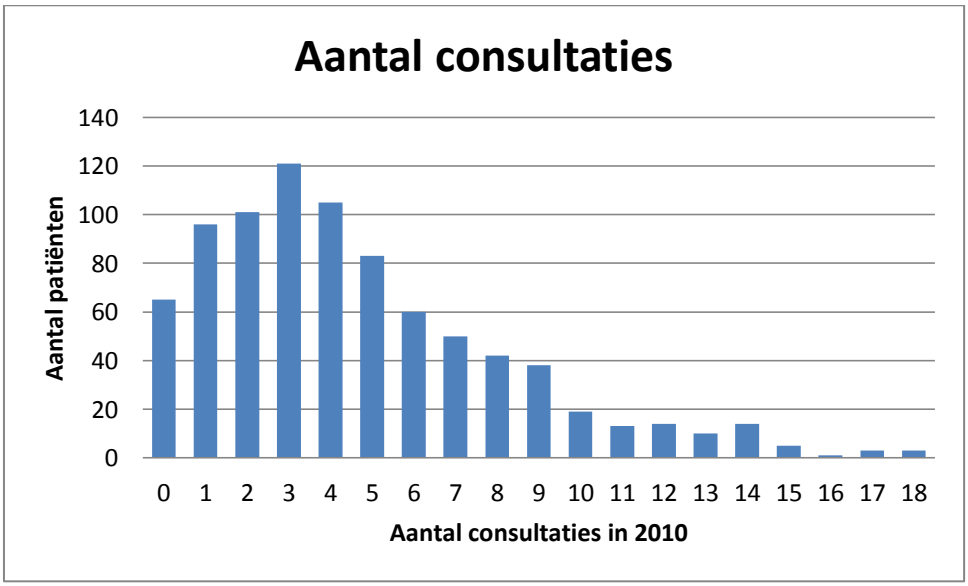
Van 95 van de in totaal 847 patiënten was niet gekend of zij een verhoogde tegemoetkoming genoten. Van de resterende 752 patiënten genoot 8,51% een verhoogde tegemoetkoming. Voor Merelbeke en Oosterzele was dit respectievelijk 6,94% en 9,85%.

Slechts 11 van de 847 patiënten bleken van allochtone afkomst. Deze variabele werd dus niet gebruikt in het verdere vergelijkend onderzoek.

Van slechts 24 van de 414 personen in de praktijk in Oosterzele was het beroep gekend. In Merelbeke waren er dit 11 van de 433. Bijgevolg werd ook het beroep niet meegenomen in de analyse van de resultaten.

Van 487 patiënten (57,50%) was gekend dat zij chronische medicatie innamen. Daaronder wordt verstaan: medicatie die dagelijks ingenomen dient te worden. Zo worden statines als chronische medicatie beschouwd, maar antihistaminica ter behandeling van hooikoorts niet. In Merelbeke nam 52,89% chronische medicatie in, in Oosterzele 62,32%.

Het aantal consultaties in het laatste jaar (2010) varieerde van nul tot 43 consultaties (figuur 1). De mediaan voor het aantal consultaties in de totale groep was 4, in Merelbeke 3 en in Oosterzele 4.



Figuur 1: Aantal consultaties in 2010

Als variabele voor de woonplaats werd de groep opgedeeld in patiënten uit een ruraal (=landelijk) en niet-ruraal (=voorstedelijk) gebied. Elke gemeente en deelgemeente werd gecodeerd als ruraal of niet-ruraal. Zo behoorde Merelbeke-Centrum tot niet-ruraal gebied,

maar Bottelare, een deelgemeente van Merelbeke, tot ruraal gebied. Van de totale groep woonden 498 patiënten in een ruraal (58,80%) en 349 in een niet-ruraal gebied (41,20%). In Merelbeke en Oosterzele woonden respectievelijk 99 (22,86%) en 399 (96,38%) patiënten in een ruraal en respectievelijk 334 (77,14%) en 15 (3,62%) in een niet-ruraal gebied.

Hieruit kunnen we besluiten dat er voor de meeste eigenschappen geen belangrijk verschil bestaat tussen beide praktijken, behalve voor het aantal patiënten dat in een landelijk gebied woont. De praktijk in Merelbeke heeft duidelijk een meer stedelijke populatie, de praktijk in Oosterzele een landelijke.

Tabel 1: Karakteristieken

Variabele	Totaal	Merelbeke	Oosterzele
Aantal totaal	847	433	414
Mannelijk	402 (47,46%)	211 (48,73%)	191 (46,14%)
Vrouwelijk	445 (52,54%)	222 (51,27%)	223 (53,86%)
Leeftijd (gemiddelde)	60 jaar	60 jaar	61 jaar
Gepensioneerden	220 (25,97%)	106 (24,48%)	114 (27,54%)
Verhoogde tegemoetkoming	64 (8,51%)	24 (6,94%)	40 (9,85%)
Chronische medicatie	487 (57,50%)	229 (52,89%)	258 (62,32%)
(Voor)stedelijk	349 (41,20%)	334 (77,14%)	15 (3,62%)
Landelijk	498 (58,80%)	99 (22,86%)	399 (96,38%)
Aantal consultaties (mediaan)	4 (0 – 43)	4 (0 – 22)	4 (0 – 43)

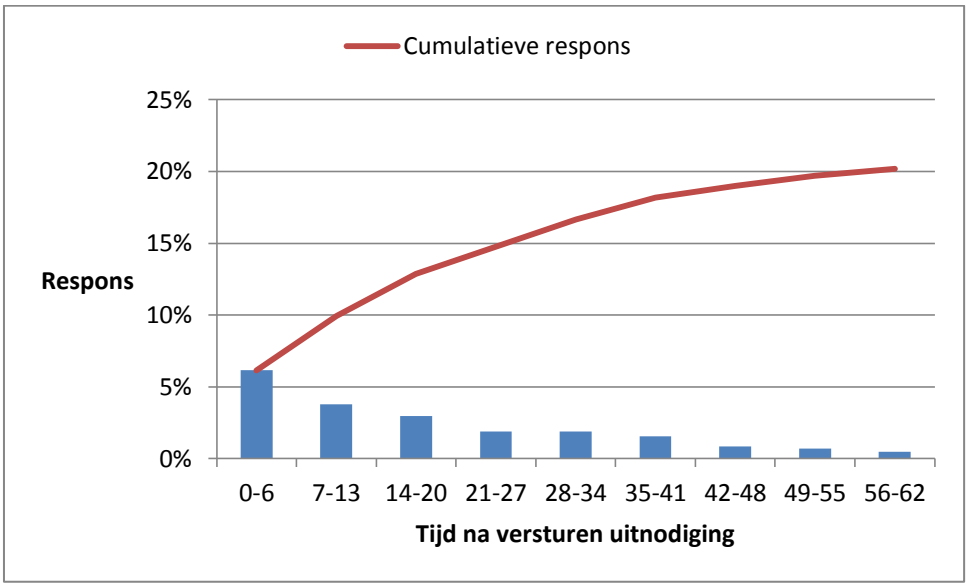
4.2 Beschrijvende statistiek

Van de 847 geïncludeerde patiënten gingen 171 patiënten in op de uitnodiging, hetzij 20,19%. In Merelbeke bedroeg dit 20,79%, in Oosterzele 19,57%.

4.2.1 Tijd tot respons

De mediane tijd tot respons bedroeg voor de hele groep 15 dagen, en varieerde van 0 tot 62 dagen (Figuur 2). Tien patiënten reageerden na het afsluiten van de registratie (62 dagen). Zij werden in de verdere analyse bij de groep non-responders geïncludeerd.

Dertig procent van de personen die reageerden, reageerden binnen de eerste week na het verzenden van de uitnodiging. Daarna daalde de respons exponentieel, met duidelijk minder reactie na 3 weken.



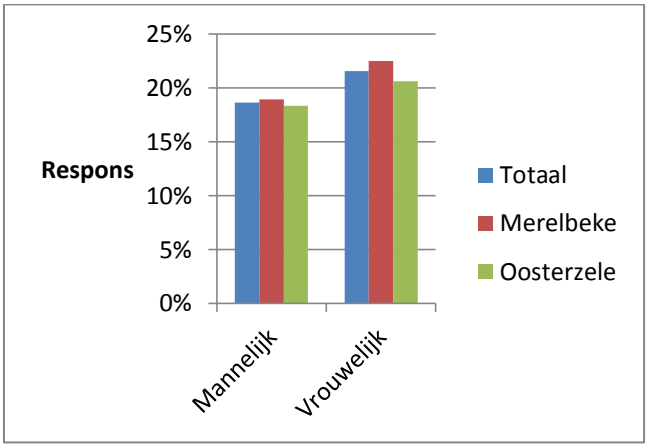
Figuur 2: Tijd tot respons

4.2.2 Verschil tussen artsen

Uit analyse van de gegevens bleek er een verschil te zijn in respons tussen de 2 verschillende artsen in de praktijk in Merelbeke. De ene arts had een respons van 12%, de andere een respons van 26%.

4.2.3 Geslacht

We gingen na of er een verschil in respons bestond tussen mannen en vrouwen. In totaal bedroeg de respons bij mannen 18,66%, bij vrouwen 21.57% (Figuur 3). Voor Merelbeke en Oosterzele bedroeg dit respectievelijk 18,96% en 18,32% voor mannen en 22,52% en 20,63% voor vrouwen. Beide geslachten gingen dus nagenoeg even frequent in op een uitnodiging.



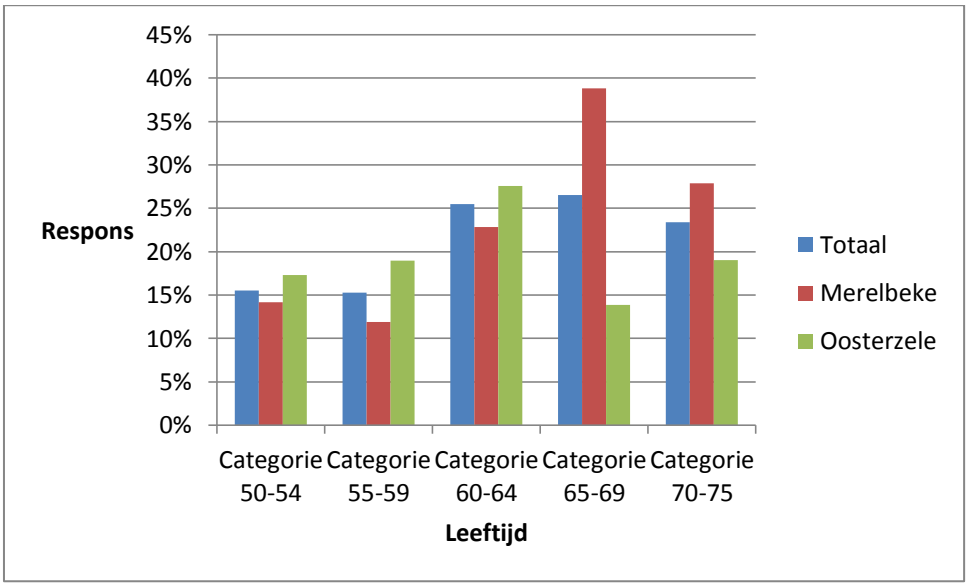
Figuur 3: Geslacht

4.2.4 Leeftijd

De hoogste respons werd waargenomen in de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar (26,52%) (figuur 4, Tabel 2). De categorie van 55 tot 59 jaar kende de laagste respons (15,31%). In Merelbeke bestond er een opvallend hoge respons in de categorie van 65 tot en met 69 jaar (38,81%), in Oosterzele bleek dit in de categorie van 60 tot en met 64 jaar zo te zijn (27,59%).

Tabel 2: Respons naargelang leeftijdscategorie

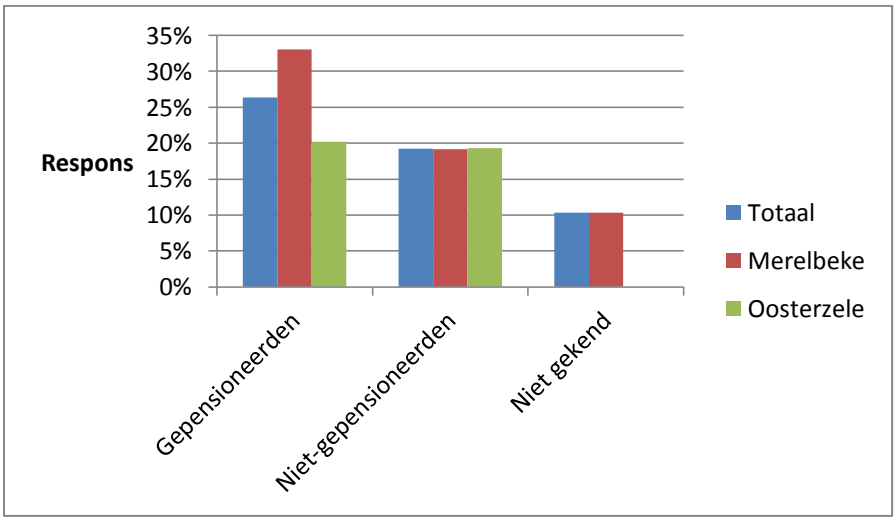
	Aantal	Respons totaal	Respons Merelbeke	Respons Oosterzele
50-54 jaar	238	15,55%	14,18%	17,31%
55-59 jaar	196	15,31%	11,88%	18,95%
60-64 jaar	157	25,48%	22,86%	27,59%
65-69 jaar	132	26,52%	38,81%	13,85%
70-75 jaar	124	23,39%	27,87%	19,05%



Figuur 4: Leeftijd

4.2.5 Pensioen

In de totale groep konden we een iets grotere respons vermoeden in de groep van de gepensioneerden (26,36%) in verhouding tot de niet gepensioneerden (19,26%) (Figuur 5). Echter, in de groep waar de pensioenstatus niet gekend was, bedroeg de respons 10,34%. Dit verschil bleek meer uitgesproken in Merelbeke.

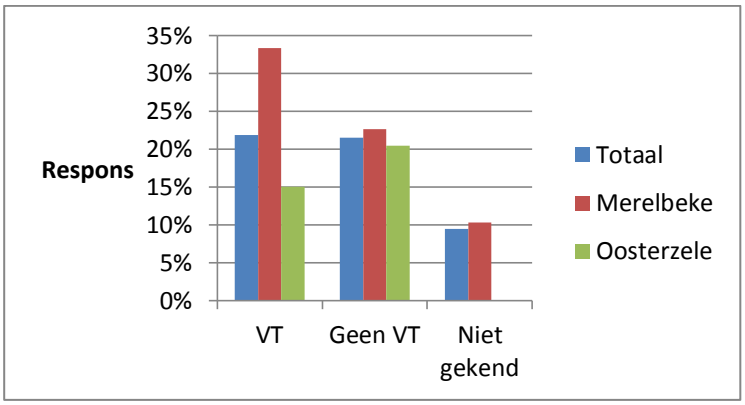


Figuur 5: Pensioen

4.2.6 Verhoogde tegemoetkoming

Er werd nagegaan of er een verschil in respons bestond tussen patiënten die al dan niet genoten van een verhoogde terugbetaling. Als patiënten met verhoogde terugbetaling werden deze gerekend waarvan de terugbetalingscode eindigde op een 1, bijvoorbeeld 111/111 of 131/131.

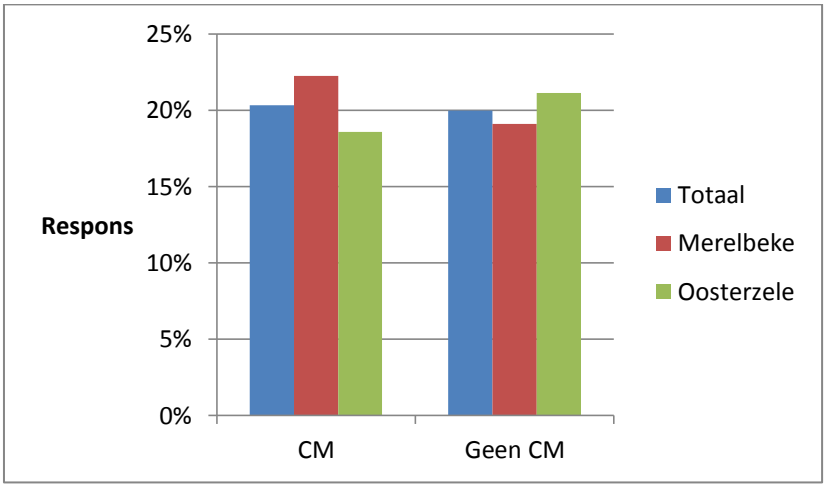
Van de totale groep bleek 21,88% van de patiënten met een verhoogde terugbetaling en 21,51% van die zonder verhoogde terugbetaling te reageren op een uitnodiging voor een preventieconsult (Figuur 6). Voor Merelbeke en Oosterzele bedroeg dit respectievelijk 33,33% en 15,00% voor die met verhoogde terugbetaling en 22,67% en 20,49% voor die zonder verhoogde terugbetaling. Van de 95 patiënten in Merelbeke waarvan de terugbetalingscode niet gekend was, bleek 10,34% op de uitnodiging in te gaan. Van de 8 patiënten in Oosterzele waarvan de terugbetalingscode niet gekend was, bleek echter geen enkele op de uitnodiging in te gaan.



Figuur 6: Verhoogde tegemoetkoming

4.2.7 Chronische medicatie

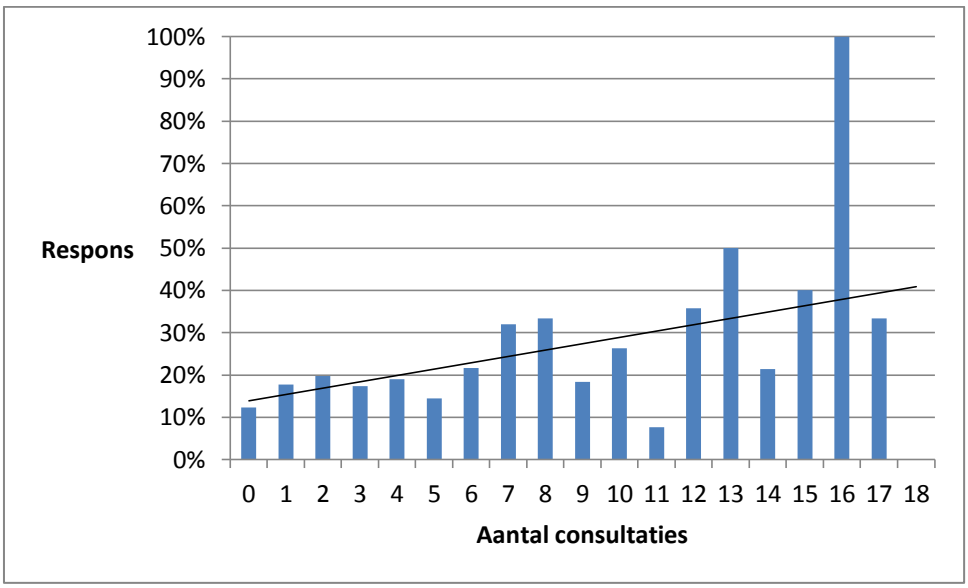
Er was geen duidelijk verschil te merken in respons tussen patiënten die wel en geen chronische medicatie innamen. De respons in beide groepen bedroeg respectievelijk 20,33% en 20,00%. Ook in beide praktijken apart konden we slechts een minimaal verschil opmerken (figuur 7).



Figuur 7: Chronische Medicatie (CM)

4.2.8 Aantal consultaties in laatste jaar

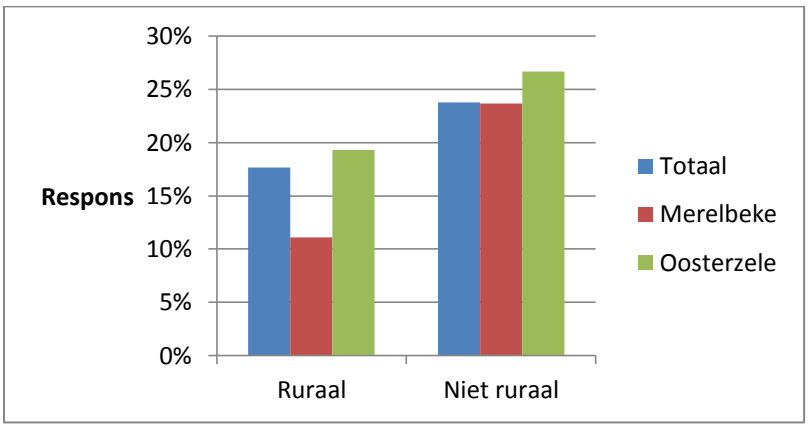
Uit onderstaande grafiek kunnen we vermoeden dat de kans op respons toeneemt naarmate men frequenter op consultatie komt (Figuur 8).



Figuur 8: Aantal consultaties in het laatste jaar

4.2.9 Woonplaats

De respons van patiënten uit een landelijke gemeente leek zowel in de totale groep als in beide praktijken apart lager dan die van patiënten uit een (voor)stedelijke gemeente (Figuur 9). De respons in de totale groep bleek voor rurale gemeenten 17,67% en voor niet-rurale gemeenten 23,78%.



Figuur 9: Woonplaats

4.2.10 Besluit

Uit de beschrijvende statistiek kunnen we vermoeden dat er een verband bestaat tussen enerzijds leeftijd, woonplaats en het aantal consultaties in het laatste jaar en anderzijds de respons op een uitnodiging voor een algemeen preventieconsult.

4.3 Logistische regressie

Om de onafhankelijke bijdrage van elke variabele na te gaan werd er een logistische regressieanalyse uitgevoerd op de dataset. Zo konden we interfererende variabelen uitfilteren en bekijken welke variabelen een wezenlijk verschil veroorzaken.

Tabel 3: Logistische regressie

Variabele	Odds ratio	Betrouwbaarheidsinterval	Significantie
Geslacht (vrouwelijk)	1,174	[0,818;1,685]	0,383
Leeftijd per jaar	1,030	[0,994;1,067]	0,100
Pensioen	1,081	[0,631;1,854]	0,776
Verhoogde tegemoetkoming	0,813	[0,426;1,550]	0,529
Chronische medicatie	0,734	[0,492;1,095]	0,130
Woonplaats: ruraal t.o.v. niet-ruraal	0,442	[0,236;0,825]	0,010*
Aantal consultaties laatste jaar	1,053	[1,007;1,102]	0,025*

*p<0,05

Na logistische regressie bleken enkel het aantal consultaties in het laatste jaar en de woonplaats significant gecorreleerd met de respons op een uitnodiging voor een preventieconsult.

De woonplaats bleek de variabele met de sterkste significantie (p= 0,010) en klinische relevantie (OR 0,442). De waarschijnlijkheid dat patiënten reageren op een schriftelijke uitnodiging voor een algemeen preventieconsult was dus meer dan dubbel zo groot in niet-rurale dan in rurale gemeenten.

Ook het aantal consultaties in het voorgaande jaar bleek significant gecorreleerd met respons (P=0,025). Per consultatie meer steeg de waarschijnlijkheid dat iemand ingaat op een uitnodiging licht (OR=1,053, 95% BI [1,007;1,102]). Tussen patiënten die bijvoorbeeld 2 en 3 maal per jaar op consultatie komen, zal er weinig verschil zijn in de kans dat ze zullen ingaan op de uitnodiging. Echter, tussen patiënten die bijvoorbeeld 2 maal of 11 maal per jaar op consultatie komen, zal de kans op respons wel duidelijker verschillen.

Alle andere variabelen waren niet significant gecorreleerd met de respons en dus eigenlijk terug te brengen op de invloed van de woonplaats en het aantal consultaties in het laatste jaar. Leeftijd bleek niet significant gecorreleerd, in tegenstelling tot wat we eerder hadden verwacht.

5 Discussie

Uit de literatuur blijkt dat er weinig onderzoek gebeurde naar initiatieven waarbij verschillende preventieve acties gekoppeld worden, zowel naar het effect hiervan op de gezondheid als naar de respons op uitnodigingen hiervoor. In dat opzicht is deze studie de eerste die de respons op een uitnodiging voor ruimere preventie onderzoekt. Screening naar kanker blijkt een hogere respons te hebben dan screening naar cardiovasculaire aandoeningen. De respons op kankerpreventie en cardiovasculaire preventie apart ligt evenwel nog hoger dan de respons van 20,19% die waargenomen werd in dit onderzoek. Verschillende factoren kunnen hier een rol in spelen: een verschillende methodologie, een verschil in follow-up en een grotere bezorgdheid over kanker dan over cardiovasculaire aandoeningen. Om de respons te verhogen zou gebruik kunnen gemaakt worden van reminders of kattenbelletjes in het elektronisch medisch dossier, een functie die de meeste elektronische dossiers ondersteunen. Het effect van reminders is in de literatuur immers duidelijk aangetoond [10,11,23]. Daarnaast werd in de uitnodigingsbrief de duur van registratie niet vermeld. Hierdoor reageerden relatief veel patiënten nog na afloop van de registratieperiode. In de praktijk in Merelbeke reageerden veel patiënten bijvoorbeeld nog tijdens de periode van griepvaccinaties, lang na afloop van de registratie. Deze preventieconsulten werden echter niet geregistreerd, zodanig dat daarover geen exacte uitspraak mogelijk is. We kunnen vermoeden dat, moest in de brief een deadline vermeld zijn, deze patiënten waarschijnlijk vroeger zouden hebben gereageerd, met een hogere respons tot gevolg.

Tijdens het uitvoeren van het preventieconsult bleek dat bij veel patiënten een aantal preventieve interventies reeds uitgevoerd waren. Zo was er bij veel patiënten een jaarlijkse bloedafname gebeurd en bleken veel vrouwen in orde met hun borst- en baarmoederhalskankerscreening. Colonkankerscreening, tetanusvaccinatie en voedings- en bewegingsadvies waren interventies die frequent werden uitgevoerd. Dit viel echter buiten het bestek van deze studie en werd dus niet geregistreerd. We kregen tijdens het uitvoeren van de preventieconsulten de indruk dat vooral gezonde patiënten reageerden op de uitnodiging. Er gebeurden bijvoorbeeld weinig rookstopinterventies. Ook deze variabele werd echter niet geregistreerd, waardoor het onmogelijk is om daarover een uitspraak te doen. Het gebruik van chronische medicatie is mogelijk wel representatief voor de

gezondheidsstatus. Wat is echter een gezonde patiënt? Een patiënt wiens cardiovasculair risico bijvoorbeeld onder controle is door middel van chronische medicatie, of een patiënt die geen medicatie neemt maar een hoger risico heeft? Met behulp van de variabele "chronische medicatie" kunnen we dus geen uitspraak doen over het effect van de gezondheidsstatus op de respons.

Alhoewel een preventieconsult de sociale ongelijkheid in onze praktijken niet vergroot, is het dus wel mogelijk dat het de kloof tussen gezonde en niet gezonde groepen doet toenemen. Dit moet echter nog in verder onderzoek bevestigd worden.

Het opmaken en versturen van de uitnodigingen en het uitvoeren van de preventieconsulten hielden geen grote financiële belasting voor de praktijk in. Aangezien de vragenlijst van Domus Medica een interventie is die tijds- en kosteneffectief is, lijkt het zeker aangewezen om deze te behouden.

Er blijkt een belangrijke artsgebonden invloed op de respons. Deze variabele werd echter niet meegenomen in de regressieanalyse. Eén van de artsen hecht meer belang aan preventie en heeft meer oudere patiënten die in de leeftijdscategorie vallen waarin dit preventieconsult aangewezen is. Bij deze arts bedroeg de respons 26%. Het is dus mogelijk dat de respons hoger is dan 20,19% bij artsen die veel belang hechten aan preventie, en dit preventieconsult op opportunistische basis aanbieden. Een positieve houding van de arts ten opzichte van preventie kan stimulerend werken naar de patiënten toe.

Er blijkt geen significant verschil in respons tussen mannen en vrouwen. Dit wordt bevestigd in de studie van Hahm over screening naar maagkanker [17], maar niet in de studie van Frederiksen over screening naar colorectaal kanker [16].

Leeftijd blijkt niet significant gecorreleerd met respons. Dit in tegenstelling tot wat we verwacht hadden uit de literatuur [16,18]. Nochtans vermoeden we in de leeftijdsgroep van 60 tot en met 69 jaar een hogere respons dan in de jongste en oudste leeftijdscategorieën. Deze indruk wordt echter ontkracht na logistische regressie, wat dus betekent dat het verschil in respons tussen leeftijdscategorieën kan worden verklaard door de relatie tussen leeftijd enerzijds en woonplaats en aantal consultaties in het laatste jaar anderzijds. Het is immers gekend dat het aantal consultaties toeneemt bij toenemende leeftijd. Aangezien de

uitnodigingen voor elke leeftijdscategorie op verschillende tijdstippen werden verstuurd, is hier mogelijk wel sprake van een bias.

Er wordt geen verschil in respons waargenomen tussen gepensioneerden en niet-gepensioneerden. Dit in tegenstelling tot wat verwacht werd uit het literatuuronderzoek [16].

Als variabele representatief voor socio-economische klasse kozen wij in deze studie voor patiënten met een OMNIO-statuut, dat zijn deze die genieten van een verhoogde tegemoetkoming (VT). Het is niet eenvoudig een meetbare variabele te vinden om socio-economische klasse te definiëren, aangezien dit veel deeldomeinen omvat: inkomen, opleidingsniveau, tewerkstelling, invaliditeit, … Het OMNIO-statuut groepeert deze domeinen, rekening houdend met het inkomen. Daarenboven is het een meetbare variabele die gemakkelijk kan worden teruggevonden in de meeste dossiers. De meest opvallende waarneming is dat er helemaal geen verschil kon worden aangetoond tussen patiënten met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming. Hieruit kunnen we besluiten dat een schriftelijke uitnodiging voor een algemeen preventieconsult in een landelijke of voorstedelijke praktijk de sociale ongelijkheid die bestaat in de gezondheidszorg niet vergroot. Echter, de afwezigheid van significantie kan te wijten zijn aan een te lage bewijskracht. Het aantal personen met recht op verhoogde tegemoetkoming is in beide praktijken immers zeer laag, wat een mogelijke selectiebias inhoudt. Voor Merelbeke bedraagt dat aantal 6,94%, voor Oosterzele 9,85%. Dit resultaat is dus representatief voor een doorsnee landelijke of voorstedelijke Vlaamse huisartsenpraktijk. Of socio-economische status in stedelijke populaties wél correleert met de respons, dient verder onderzocht te worden in populaties met een hoger aandeel personen met een lagere socio-economische status, zoals wijkgezondheidscentra in grotere steden.

Wanneer we de respons vergelijken tussen personen die al dan niet chronische medicatie innemen, merken we geen verschil. Ook na toepassen van logistische regressie noteren we geen significant verschil, ondanks een OR van 0,734 voor personen die chronische medicatie innemen. Mogelijks wordt deze variabele wel significant in een grotere studiegroep.

De woonplaats blijkt een belangrijke invloed uit te oefenen op de respons. Zo is de waarschijnlijkheid dat patiënten uit een landelijke omgeving op de uitnodiging ingaan

minder dan half zo groot als patiënten uit een (voor)stedelijke omgeving. Opvallend is het feit dat tussen de beide praktijken zelf – een landelijke en een half stedelijke – geen verschil bestaat in respons, zowel voor als na logistische regressie. Een verklaring hiervoor kan zijn dat Merelbeke tot een 20-tal jaar geleden een landelijke gemeente was, en dat de inwijkelingen vooral jongere inwoners zijn. Patiënten die in aanmerking kwamen voor een preventieconsult behoren veeleer tot een oudere leeftijdscategorie en zijn dus voornamelijk diegenen die al langer in de gemeente wonen.

Dit is één van de eerste onderzoeken waar een dergelijke belangrijke invloed van landelijke of stedelijke woonplaats op deelname aan preventie wordt aangetoond. Het is dus belangrijk dat deze variabele ook in andere studies, die de opkomst voor preventieve interventies onderzoeken, geïncludeerd wordt om deze resultaten te bevestigen.

Tot slot merken we in deze studie een minder relevant maar wel significant effect van het aantal consultaties in het voorbije jaar op de respons. Per consultatie meer stijgt de kans op respons licht (OR 1,053). Deze indruk kregen we reeds voor het toepassen van logistische regressie. Hoe groter het verschil in aantal consultaties, hoe groter het verschil in respons dus zal zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat patiënten die frequenter consulteren, meer bezorgd zijn om hun gezondheid en dus ook meer deelnemen aan preventie. Patiënten die meer consulteren kunnen een betere band hebben met hun arts, waardoor de drempel om deel te nemen lager kan zijn.

Praktisch betekenen deze bevindingen dat er bij de implementatie van een preventiestrategie rekening gehouden dient te worden met de woonplaats en met het aantal consultaties. Men kan patiënten die minder op consultatie komen of in een landelijk dorp wonen op een andere manier benaderen om de kans op respons te vergroten. Enkele mogelijke benaderingswijzen:

- Een persoonlijke brief of een reminder voor patiënten die minder frequent op consultatie komen (bijvoorbeeld minder dan de mediaan).
- De mogelijkheid om een preventieconsult bij de patiënt thuis te laten doorgaan bij patiënten uit een landelijke omgeving.
- De combinatie van een individuele uitnodiging met gemeenschapsgerichte sensibilisatie in landelijke gebieden.

Om te weten te komen wat de mogelijke barrières zijn voor deze doelgroepen, dient echter verder kwalitatief onderzoek te gebeuren, bijvoorbeeld door middel van een enquête.

Uit eigen ervaring en uit gesprekken met collega artsen blijkt dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over het praktisch gebruik van het preventieconsult en het GMD+. Veel artsen hebben twijfels bij het gezondheidsvoordeel dat eruit wordt gehaald. Daarnaast worden er nog frequent aanpassingen doorgevoerd, bijvoorbeeld op vlak van het toepassen van de derdebetalersregeling, een maatregel die een incentive kan zijn voor de patiënt.

Een andere struikelblok is dat preventie momenteel op verschillende niveaus gebeurt. Borstkankerpreventie wordt bijvoorbeeld vanuit de Vlaamse Overheid gestuurd, terwijl het onderzoek naar baarmoederhalskanker ofwel niet populatiegericht, ofwel vanuit geïsoleerde gemeentelijke initiatieven gebeurt. Er is dus duidelijk nood aan een meer gestructureerde aanpak op een hoger niveau in het aanbieden van algemene preventie. Vanuit Domus Medica worden er op dit moment initiatieven opgestart om huisartsen te ondersteunen bij het uitvoeren van algemene preventie in de eerste lijn.

Tot slot kunnen we ons de vraag stellen met welke frequentie dit preventieconsult dient te gebeuren. Een GMD+ kan jaarlijks aangerekend worden, dit voornamelijk in functie van de verdere follow-up van de patiënt. Het lijkt ons echter minder waardevol om patiënten jaarlijks uit te nodigen voor een preventieconsult. Veel topics die aan bod komen in de vragenlijst uit de Gezondheidsgids van Domus Medica, dienen slechts om de 2 of meer jaar te gebeuren. Voorbeelden hiervan zijn borstkankerscreening, colonkankerscreening en een bloedonderzoek bij gezonde personen. Bij patiënten voor wie een frequentere opvolging noodzakelijk is, dienen afspraken op individuele basis gemaakt te worden. Bij deze patiënten kan een preventieconsult op regelmatige basis echter ook nuttig zijn om een overzicht te bewaren. De uitdaging blijft om een goeie follow-up te verzekeren voor elke patiënt die een preventieconsult onderging.

6 Conclusie

Tijdens dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd algemene preventie op een succesvolle manier geïmplementeerd.

Door de introductie van de Gezondheidsgids van Domus Medica is de drempel verlaagd om algemene preventie in de praktijk toe te passen. Op basis van een literatuurstudie werden patiënten door middel van een brief uitgenodigd voor een preventieconsult.

De respons op deze schriftelijke uitnodiging bleek lager dan we uit de literatuur verwacht hadden. Na een studie over de invloed van verschillende variabelen op de respons, bleek dat enkel het aantal consultaties in het laatste jaar en de woonplaats een significant verschil in respons opleverden. Een schriftelijke uitnodiging aan patiënten in een landelijke of voorstedelijke praktijk bleek dus de demografische ongelijkheid te vergroten, de sociale ongelijkheid niet. Op basis hiervan kunnen aparte implementatiestrategieën ontwikkeld worden om deze doelgroepen op een gelijke manier te bereiken.

Er is nood aan meer bekendheid van algemene preventie bij een breder publiek. Dit kan waargemaakt worden door een gestructureerde aanpak op een hoger niveau.

7 Referenties

1. Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Algemene sterftecijfers door de jaren heen (evolutie). Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers-door-de-jaren-heen-(evolutie)/. Geraadpleegd 2012 maart 10.
2. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. BMJ. 2005 Sep 17;331(7517):614.
3. Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Gezondheidsdoelstellingen. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/. Geraadpleegd 2011 mei 24.
4. Musschoot M, Willems S, Schrans D. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventiedossier (GMPD)? Gent: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen Universiteit Gent; 2009.
5. Van de Kerkhof RM et al. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1860.
6. Nielen MMJ, Schellevis FG. Preventie in de huisartsengeneeskunde anno 2008. Utrecht: NIVEL; 2008.
7. Jacobs L. De gezondheidsgids, perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel. Gent: Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen Universiteit Gent; 2010.
8. Baeten R, et al. Gezondheidsgids, handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica, 2010.
9. Saywell RM Jr, Champion VL, Skinner CS, Menon U, Daggy J. A cost-effectiveness comparison of three tailored interventions to increase mammography screening. Women's Health. 2004; 13(8): 909-18.
10. Szilagyi PG, Bordley C, Vann JC, Chelminski A, Kraus RM, Margolis PA, et al. Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates: A review. JAMA. 2000; 284(14): 1820-7.
11. Bonfill CX, et al. Strategies for increasing the participation of womenin community breast cancer screening. The Cochrane library 2009.

12. Nielen MMJ, Van der Meer J, Schellevis FG. Evaluatie pilot preventieconsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL; 2010.
13. Anderson KK, Sebaldt RJ, Lohfeld L, Karwalajtys T, Ismaila AS, Goeree R, et al. Patient views on reminder letters for influenza vaccinations in an older primary care patient population: a mixed methods study. Can J Public Health. 2008;99(2):133-6.
14. Karwalajtys T, Kaczorowski J, Lohfeld L, Laryea S, Anderson K, Roder S, et al. Acceptability of reminder letters for Papanicolaou tests: a survey of women from 23 Family Health Networks in Ontario. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(10):829-34.
15. Feldstein AC, Perrin N, Rosales AG, Schneider J, Rix MM, Keels K, et al. Effect of a multimodal reminder program on repeat mammogram screening. Am J Prev Med. 2009;37(2):94-101.
16. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. Br J Cancer. 2010 Nov 9;103(10):1496-501.
17. Hahm MI, Park EC, Choi KS, Lee HY, Park JH, Park S. Inequalities in adoption of cancer screening from a diffusion of innovation perspective: Identification of late adopters. Cancer Epidemiol. 2011 Feb;35(1):90-6.
18. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs: a multilevel analysis in Calvados, France. Cancer Epidemiol. 2010 Jun;34(3):309-15.
19. Rondy M, van Lier A, van de Kassteele J, Rust L, de Melker H. Determinants for HPV vaccine uptake in the Netherlands: A multilevel study. Vaccine. 2010 Feb 25;28(9):2070-5.
20. Aarts MJ, Lemmens VE, Louwman MW, Kunst AE, Coebergh JW. Socioeconomic status and changing inequalities in colorectal cancer? A review of the associations with risk, treatment and outcome. Eur J Cancer. 2010 Oct;46(15):2681-95. Review.
21. Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. Prev Med. 2010 Apr;50(4):159-64. Review.
22. Committee on quality of health care in America. Crossing the quality chiasm. Washington: The national academy press, 2001.

23. Jacobson VJ, Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 3:CD003941.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Uitnodiging preventieconsult

Maak vandaag even tijd en denk aan je gezondheid van morgen!

Beste patiënt,

Met deze brief zouden we u graag uitnodigen voor een preventieconsult. Lees verder voor meer uitleg.

We leven steeds langer. Men is niet alleen beter geworden in het genezen van ziekte, maar ook in het voorkomen van ziekte. Dat laatste noemt men **preventieve geneeskunde**.

Veel aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, kanker, … worden pas zichtbaar wanneer ze al veel schade aangericht hebben, en die schade vaak niet meer te herstellen is. Door deze aandoeningen in een vroeg stadium op te sporen, ook wel **screening** genoemd, kunnen we voorkomen dat ze al te veel schade berokkenen.

Omdat er in de dagelijkse praktijk tijdens de consultaties weinig tijd kan besteed worden voor dergelijke preventie, willen we u graag uitnodigen voor een **preventieconsult**. Tijdens dit consult overlopen we samen individuele en familiale risicofactoren, en hebben we ook aandacht voor preventieve acties die u kunt ondernemen. Dit alles neemt ongeveer 30 minuten in beslag. Het preventieconsult kadert in een goede zorg en wordt erkend door het RIZIV.

In het kader van de master- na master-opleiding doet Dr. Eva Cosyn / Stijn Vandenberghe een onderzoek rond het preventieconsult in de praktijk in de periode van mei 2011 tot april 2012. Dit gebeurt onder toezicht van de Universiteit Gent.

In eerste instantie richten we ons op een specifieke doelgroep. Het kan dus zijn dat binnen een familie bepaalde leden hiervoor wel en andere niet worden uitgenodigd.

Bent u geïnteresseerd in een preventieconsult, dan kan u hiervoor een afspraak maken op 09/362.51.16. Vermeld zeker dat u een afspraak maakt voor een preventieconsult.

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

8.2 Bijlage 2: Poster

LOOP IK RISICO

OP HART- EN VAATZIEKTEN?

OP DIABETES? … ?

DENK VANDAAG AAN MORGEN!



Bent u meer dan 50 jaar?

Maak een afspraak voor een **preventieconsult**

Of vraag informatie aan je huisarts

VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT EN HUISARTS

Naam: ..... M/V Geboortedatum: ...../...../..... Datum: ...../...../.....

Vul dit blauwe gedeelte in. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.			Dit groene gedeelte vult uw huisarts in.	
Hoe oud bent u? ..... jaar		A	A+	
Hebt u een te hoge bloeddruk? Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend ☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee	B D	B+ D+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)? Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee	E F	E+ F+	Hoog cardiovasculair risico ☐ Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Rookt u? Eet u dagelijks groenten en fruit? Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee	C	C+	Rookstop ☐ Voedingsadvies ☐ Bewegingsadvies ☐
Wat is uw lengte en gewicht? Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed? Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname? Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer? Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	lengte ☐ m gewicht ☐ kg ☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee		Buikomtrek ☐ cm ≥65 jaar ≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25 Buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm	BMI=kg/m² ☐ Nuchtere glykemie ☐
Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden? Bent u hart-, long- of nierpatiënt?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend ☐ ja ☐ nee		10-20 jaar geleden >20 jaar Ja of 65+ of D+	Booster dT/10 jaar ☐ Volledige tetanusvaccinatie ☐ Griepvaccinatie/1 jaar ☐
Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie? Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee datum ☐		Ja 70-75 jaar en lage comorbiditeit 50-69 jaar	Risico-inschatting ☐ Screeningsmammografie/2 jaar ☐
Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum ☐		Ja	Uitstrijkje/3 jaar ☐
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ ja ☐ nee		Ja Nee en 50-74 jaar	Risico-inschatting ☐ FOBT/1-2 jaar ☐
Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	☐ ja ☐ nee ☐ glazen/week			AUDIT afnemen ☐
Hebt u het voorbije jaar meer gedronken (alcoholhoudende dranken) of geneesmiddelen ingenomen dan u wilde? Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of geneesmiddelen innemen?	☐ ja ☐ nee ☐ ja ☐ nee		Ja Ja	Bespreken risico's en afbouwopties ☐ Bespreken risico's en afbouwopties ☐

INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN

8.4 Bijlage 4: Informed consent

TOESTEMMINGSFORMULIER voor het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek

Naam patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat Dr……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

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

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts