Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk

Bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie

Dr. Andreas DELANOYE, UGent

Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Abstract 3
Inleiding 4
Algemeen 4
Specifiek 6
Doelstelling, onderzoeksvraag en hypothese 8
Methode 9
Literatuurstudie 9
Onderzoeksdesign 9
Resultaten 11
Discussie 14
Rekrutering 14
Brief 14
Motivatie 16
Patiëntkenmerken 18
Patiëntbarrières 19
Conclusie 19
Referenties 21
Bijlagen 24
Informatieformulier 24
Folder 25
Toestemmingsformulier 26

Abstract

Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk. Bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie.

Haio: Andreas Delanoye, UGent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, UGent

Praktijkopleider: Dr. Hilde Van Watermeulen

Context: Sinds er een nomenclatuurnummer en bijhorend honorarium aan het GMD+ consult verbonden is, valt de financiële drempel voor de huisarts weg om op een systematische manier preventie aan te bieden. Vraag blijft hoe een zo groot mogelijke groep patiënten kan bereikt worden. Onderzoek wijst uit dat bij het per brief uitnodigen van de doelgroep een belangrijk deel van de patiënten wordt gemist. Persoonlijke mondelinge motivatie door de huisarts lijkt de beste manier om een bredere doorsnede van een praktijkpopulatie te bereiken.

Onderzoeksvraag: Heeft het mondeling motiveren van een patiënt in vergelijking met het uitnodigen per brief een effect op de participatiegraad van het GMD+ consult? Is er onder de patiënten die per brief worden uitgenodigd een verschil in participatiegraad tussen diegenen die recent nog een huisartscontact hadden en diegenen die langer dan drie maand niet op consult kwamen?

Methode: In deze studie werden over het verloop van drie weken 180 patiënten uitgenodigd om op GMD+ consult te komen. Naargelang de uitnodiging werden drie groepen (n=60) onderscheiden: mondelinge motivatie (groep 1), uitnodigingsbrief na consult (groep 2) en uitnodigingsbrief drie maand of langer na het laatste huisartscontact (groep 3). Respondenten kregen achteraf een vragenlijst voorgelegd, peilend naar demografische, psychosociale en medische kenmerken. Aan een even grote groep niet-respondenten werd hetzelfde telefonisch bevraagd, evenals barrières om niet op GMD+ consult te komen.

Resultaten: De totale respons bedroeg 17,2%. Uit groep 1 kwam 16,7% (n=10) op GMD+ consult, uit rekruteringsgroep 2 15,0% (n=9) en uit rekruteringsgroep 3 20,3% (n=12). De opkomst per groep verschilde niet significant van elkaar. Qua patiëntkenmerken werd gevonden dat respondenten sneller bezorgd zijn om hun gezondheid in vergelijking met niet-respondenten. Verder werden er geen significante verschillen gevonden, noch tussen de respondenten van de verschillende rekruteringsgroepen, noch tussen respondenten en niet-respondenten. Onder de redenen om niet op GMD+ consult te komen, blijft gebrek aan interesse de grootste groep vertegenwoordigen. Patiënten met een lager opleidingsniveau waren minder geneigd het nut van preventie in te zien.

Conclusies: Hoewel intuïtief werd verwacht dat mondelinge motivatie een hogere respons zou geven dan het uitnodigen van patiënten per brief, kan dit in deze studie niet worden bevestigd. Ook werd niet aangetoond dat door mondelinge motivatie een grotere doorsnede van de praktijkpopulatie kan bereikt worden. Een gebrek aan interesse in preventie is de grootste barrière bij patiënten, waarbij vooral lager opgeleiden het nut van preventie niet inzien. Wat de rol kan zijn van een eenvoudiger wervingsbrief of meer doorgedreven en uniforme mondelinge motivatie is reden voor verder onderzoek.

E-mail: andreas_delanoye@hotmail.com

ICPC-code: Algemeen, Preventie, Sociale problemen

Inleiding

Algemeen

Preventie zal een steeds belangrijker aandeel moeten verwerven in het takenpakket van de huisarts. Het voorkomen van ziekte bij onze patiënt leidt tot een kwaliteitsvoller leven en bespaart kosten in de gezondheidszorg. Zeker nu er een relatieve toename is van de oudere bevolking, in combinatie met het stijgen van de levensverwachting, is een louter focus op curatieve zorg financieel onhoudbaar (1). Bovendien heeft de toename van levensstijl gerelateerde risicofactoren zoals overgewicht een nefast effect op het voorkomen van cardiovasculaire ziekten en diabetes. Conform het toenemend belang van ziektepreventie ontstaan er internationaal initiatieven met betrekking tot preventieve geneeskunde in de eerste lijn. Goede voorbeelden zijn het NHG preventieconsult (2) en de NHS health check (3).

De rol van de overheid kan bij preventieve acties nauwelijks overschat worden. De Vlaamse overheid formuleerde hieromtrent zijn zes gezondheidsdoelstellingen (4). Onder andere via campagnes zoals het recent gelanceerde project rond voeding en beweging (5) dient de bevolking gesensibiliseerd te worden. De gesensibiliseerde patiënt kan dan in de huisartspraktijk terecht voor een verdere geïndividualiseerde aanpak. Niet alleen is aangetoond dat preventieve acties best ingebed voorkomen in de curatieve zorg (6), ook lijkt de huisartspraktijk de meest aangewezen plaats omwille van de laagdrempeligheid en de vertrouwensrelatie met de huisarts, voor alle socio-economische klassen. De jaarlijkse griepvaccinatie lijkt hiervan een goed voorbeeld.

De manier waarop preventie nu voornamelijk gebeurt, ontbeert nog structuur en wetenschappelijke onderbouwing. Dat *evidence based* planmatige preventiestrategieën efficiënter zijn voor de volksgezondheid is in ons land aangetoond door de systematische borst- en cervixkankerscreening (7, 8). Met de Gezondheidsgids (9) is nu een op evidentie gebaseerde strategie voorhanden om aan planmatige preventie te doen in de huisartspraktijk. Dit praktijkondersteunend instrument heeft alles in zich om de participatie aan

preventie te verhogen. In Canada werd reeds een gelijkaardig instrument uitgetest, met significante verbetering van de preventiegraad (10). Sinds er een nomenclatuurnummer en bijhorend honorarium aan het preventieconsult, of GMD+ consult, verbonden is, valt de financiële drempel om preventie te implementeren voor de huisarts weg.

Uit het pilootproject “Gezondheidsgids Malle-Zoersel” bleek dat de meeste huisartsen interesse hebben voor het GMD+ (11). Bovendien wordt het enthousiasme hiervoor van jonge huisartsen mooi geïllustreerd door voorgaande masterproeven in deze sfeer. Zowel Pauwels L. (12), Rowies D. (13), Feys C. en Fouvry J. (14), Tratsaert E. (15), als Verhaegen S. (16) zetten een studie op waarin ze patiënten rekruteerden voor een preventieconsult op basis van de Gezondheidsgids, om dan te peilen naar patiënttevredenheid. Hoewel de tevredenheid van respondenten groot is, moet op basis van de studie van Williams B. *et al.* (17) toch genuanceerd worden. Hierin wordt gesteld dat tevredenheid uit enquêtes vaak geïnterpreteerd dient te worden als het afwezig zijn van ontevredenheid. In elk geval staat het nut van de Gezondheidsgids vast en de patiënten die op preventieconsult komen zijn dus niet ontevreden. Het zijn echter voornamelijk de *worried well* die op preventieconsult komen (14). Verhaegen S. (16) toonde in zijn studie aan dat er in de populatie die niet op preventieraadpleging komt relatief meer mensen met slecht gecontroleerde hypertensie, meer gebruik van antihypertensiva en cholesterolremmers, slechtere levensstijl en meer alcoholproblemen voorkomen. Een groot deel van de doelgroep wordt dus nog gemist.

Dat er verschillen zijn in gezondheid en het gebruik van de gezondheidszorg tussen de socio-economische klassen is ondertussen gemeengoed. Zo toonde een studie van de Christelijke Mutualiteit uit 2008 duidelijke voordelen aan in gezondheid *outcome* (mortaliteit, COPD, invaliditeit) voor mensen met een hoger inkomen en een betere opleiding in vergelijking met de doorsnee (18). Uit een rapport van het KCE leren we dat er ook ongelijkheid van zorg bestaat voor wat screening betreft (19). Er is een lagere participatie aan borstkankerscreening of preventieve tandheelkundige zorg en er zijn meer

hysterectomieën in lagere inkomensklassen. Inderdaad blijkt ook voor cervixcytologie dat vooral de beter opgeleiden en hogere inkomens hiervan profiteren (20). Een recente exploratieve studie uit Duitsland (21) bevestigt dat lagere sociale klasse een inhiberende patiëntgerelateerde factor is voor de implementatie van preventie in de eerste lijn. Dit wordt ook bevestigd door Hulshof *et al.* (22). Problematisch genoeg toonde Dalongeville (23) aan dat hoe meer men zich in preventieve acties op de lagere socio-economische klassen richt, hoe minder kosteneffectief de interventie wordt. Het goede nieuws is wel dat hoe beter de vertrouwensrelatie met de huisarts is, des te bespreekbaarder het onderwerp van levensstijlaanpassing (22).

Specifiek

Als we in het kader van een klein onderzoek zullen kijken naar de effectiviteit van twee methodes om patiënten te rekruteren voor een preventieconsult, is het belangrijk te zoeken naar een manier om de socio-economisch lagere klassen te betrekken. Harkins *et al.* (24) toonden aan dat informatieve brieven in deze doelgroep vaak minder effect hebben, omdat ze niet vertrouwd of begrepen worden. Op het moment van een persoonlijk contact met de huisarts kan dit wantrouwen wegvallen en is er ruimte voor extra vragen. Interessant hierbij is de bedenking van Fox (25) die stelt dat geschreven informatie niet tot een *informed choice* kan leiden: er is steeds complementaire informatie nodig.

Een pilootstudie i.v.m. het NHG PreventieConsult onderzocht de effectiviteit van twee benaderingswijzen om een online risicotest in te vullen (26). Het persoonlijk uitnodigen via een brief had een duidelijk hogere *respons rate* dan het louter werken via folders en posters in de wachtzaal. De ondervraagde huisartsen dachten bovendien dat het aanspreken van de patiënt tijdens de consultatie nog effectiever zou zijn. Onderzoek naar de mening van de patiënt als het op preventie of gezondheidsbevorderend gedrag aankomt, toont aan dat de patiënt hierbij het liefst *face-to-face* contact heeft (27). Een studie (28) die interventies vergelijkt om vrouwen aan screeningsmammografie te laten deelnemen, toont effectief aan dat er een statistisch significant verschil is ten

voordele van mondelinge motivatie, in vergelijking met het versturen van een uitnodigingsbrief.

In de masterproef van Pauwels L. (12) wordt de vraag gesteld naar de doeltreffendheid van het uitdelen van de GMD+ vragenlijst met informatieve folder om op preventieconsult te komen. Er werden geen brieven verstuurd, enkel uitgedeeld zonder aanvullende motivatie. Hiermee werd een respons bereikt van 27%. Interessant is dat na mondelinge telefonische motivatie 18,4% van de niet-respondenten alsnog op preventieconsult kwam. In de masterproef van Tratsaert E. (15) werden patiënten ook mondeling uitgenodigd tijdens een consult, wat een vergelijkbare opkomst van 26% opleverde. Ook hier steeg het percentage naar 35% na telefonische herinnering. Nog een andere masterproef (13), die peilt naar patiënttevredenheid na een preventieconsult, bereikt na het versturen van een uitnodigingsbrief een opkomst van 19%. Dit percentage stijgt na aanvullende mondeling motivatie tot 29%. Mondelinge motivatie blijkt in deze studies dus een grote toegevoegde waarde te hebben. Zonder twijfel speelt echter ook het *recall*-effect mee. Zo werd er bij het pilootproject van het NHG Preventieconsult een duidelijke piek in de respons gezien na het versturen van een herinneringsbrief (26).

Het is interessant om, voorafgaand aan de vraag of huisartsen bereid zijn hun patiënten individueel te motiveren om deel te nemen aan preventie, te kijken naar het effect van mondelinge motivatie in vergelijking met het versturen van een uitnodiging. Het is aangetoond dat gepersonaliseerde risicocommunicatie een positief effect heeft op screening (29). Verwacht wordt dus dat de mondelinge motivatie van patiënten door de arts de participatiegraad zal verhogen (26,28).

In de masterproef van Tratsaert E. (15) werden mondelinge uitnodiging en het versturen van een brief met elkaar vergeleken. Het mondeling uitnodigen verliep evenals bij Pauwels L. (12) zonder motivatie. Het onderzoek verliep in twee fases, waarbij de voor het onderzoek in aanmerking komende patiënten die op consultatie kwamen voor een acuut probleem eerst mondeling werden uitgenodigd. Daarna werd een groep patiënten aangeschreven. Er wordt

beschreven dat bijna 2/3 van deze patiënten die in de tweede tijd werd aangeschreven reeds (of zelfs meerdere keren) op consultatie was geweest in de zes maand voorafgaand aan het versturen van de uitnodigingsbrief. Er wordt geopperd dat dit de responsratio zou kunnen verlagen. In de huidige studie hebben we deze hypothese onderzocht door twee groepen patiënten aan te schrijven: diegenen die recent op raadpleging kwamen en patiënten die drie maand of langer geen contact hadden gehad met de huisarts.

Doelstelling, onderzoeksvraag en hypothese

Als doelstelling denken we finaal aan goede geneeskunde en meer specifiek het toepassen van zoveel mogelijke *evidence based* richtlijnen m.b.t. preventie in het belang van de patiënt en onafhankelijk van de socio-economische klasse. De primaire impetus voor het project kwam echter voort uit het concept praktijkverbetering, waarbij de collega-artsen van de groepspraktijk een manier aangereikt wilden krijgen om de Gezondheidsgids van Domus Medica te vertalen naar een specifieke patiënt en voor hem een individueel preventieplan op te stellen. Inderdaad komt in studies die peilen naar barrières bij huisartsen om preventie te implementeren, naast tijdsgebrek en financiële ondersteuning, steeds het aspect kennis naar voor (21, 30).

In dit onderzoeksproject willen we bestuderen of het mondeling motiveren van een patiënt tijdens de consultatie om op preventieconsult te komen een impact heeft op de participatiegraad in vergelijking met het versturen van een uitnodigingsbrief. Het gaat dus niet, zoals eerder onderzocht, over het enkel overhandigen van informatie tijdens een consult, maar over motiveren. Nog voor de vraag hoeveel tijd dit vergt en of dit haalbaar is in de praktijk, moet het effect hiervan in kaart gebracht worden. Bij het versturen van een uitnodigingsbrief zal tegelijk gekeken worden of er een verschil in opkomst is tussen patiënten die onlangs nog in contact kwamen met de huisarts in vergelijking met patiënten die drie maand of langer niet bij de huisarts aanklopten. Vervolgens zullen de verschillende rekruteringsgroepen aan de hand van enkele patiëntgegevens met elkaar worden vergeleken. Deze gegevens zijn zowel van demografische (leeftijd, geslacht, werk), psychosociale

(bezorgdheid omtrent medische aandoeningen, vertrouwen in de huisarts, opleidingsniveau) als medische aard (totaal cholesterol).

Verwacht wordt dat er na mondelinge motivatie een hogere participatiegraad is in vergelijking met het versturen van een uitnodigingsbrief (28). Onder diegenen die een brief toegestuurd kregen, verwachten we een hogere opkomst van diegenen die drie maand of langer niet bij de huisarts op consultatie kwamen (15).

Methode

Literatuurstudie

Er wordt in deze studie gretig gerefereerd naar de resultaten van vorige masterproeven. De lectuur hiervan vormde het inspirerende startpunt voor een verdere literatuurstudie.

Literatuur werd gezocht via Pubmed. Combinaties van MeSH-termen zoals *preventive health services, intervention, screening, reminder letter, motivation* leveren verschillende bruikbare artikels op. Hun *related articles* en referentielijsten leverden op zich opnieuw stof tot verder lezen.

Onderzoeksdesign

In het GMD+ consult komen gedurende een volledig consult verschillende preventieve aspecten van de zorgverlening door de huisarts aan bod. Hierbij worden *evidence based* richtlijnen vertaald naar een persoonlijk preventieplan.

Patiënten met een GMD zullen door hun behandelende arts worden uitgenodigd om op een GMD+ consult te komen.

Inclusiecriteria:

- mannen of vrouwen van 45 tot 75 jaar
- GMD in de praktijk
- voldoende Nederlands kennen, zodanig dat ze de informatiebrief goed begrijpen

Exclusiecriteria:

- palliatieve setting
- verblijf in residentie of WZC
- huidige ernstige problematiek die kan interfereren met deelname aan het GMD+ consult

Drie groepen worden onderscheiden.

- patiënten die een contact hebben met de huisarts, hetzij een consultatie of een huisbezoek, voor een specifiek probleem en die mondeling worden gemotiveerd en uitgenodigd (groep 1)
- patiënten die een contact hebben met de huisarts voor een specifiek probleem en die een informerende en uitnodigende brief worden toegestuurd (groep 2)
- patiënten die langer dan drie maanden geen contact hebben gehad met de huisarts en die ook een brief toegestuurd krijgen (groep 3)

Van elke groep zullen gedurende drie opeenvolgende weken, te starten vanaf juli 2012, zestig mensen worden uitgenodigd. Elk van de vijf artsen van de groepspraktijk zal hiertoe op maandag zijn eerste vier patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria mondeling motiveren om op GMD+ consult te komen. Op dinsdag zal de eerste vier patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria een brief worden toegestuurd. Op woensdag zal aan vier *at random* patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria en reeds drie maand geen contact meer gehad hebben met de huisarts eveneens een brief worden toegestuurd. Zo zullen gedurende drie weken 180 mensen worden uitgenodigd.

De uitnodiging zal dus op twee manieren gebeuren: actief door mondelinge motivatie tijdens een contact en passief door het versturen van een brief door de GMD-houder. Het motiveringsgesprek zal op voorhand geüniformeerd worden. De brief zal informatie over het onderzoek bevatten en een *informed consent* ter ondertekening, naast een motivatiefolder en de GMD+ vragenlijst

van Domus Medica. Tijdens een rechtstreeks contact kan het *informed consent* direct worden besproken en getekend.

Diegenen die op GMD+ consult komen, zal een vragenlijst worden aangeboden, peilend naar gezondheidskenmerken en redenen om te komen. Diegenen die niet op GMD+ consult komen zullen telefonisch worden gecontacteerd door de behandelende arts en worden mondeling bevraagd. Zo zal ook via een enquête bij respondenten en een gelijkaardige groep niet-respondenten worden gekeken of er een verschil is in beleving van gezondheid. Volgende vragen of stellingen worden hierin opgenomen met telkens vijf antwoordmogelijkheden:

- Hoe ervaart u uw eigen gezondheid?
- Hoe belangrijk is uw gezondheid voor u?
- Als ik me ziek voel, maak ik me snel bezorgd.
- Ik wil het advies van mijn huisarts opvolgen.

Statistische verwerking zal gebeuren met het softwarepakket SPSS. Standaard werden p-waarden van 0,05 gebruikt; sporadisch werd dit tot 0,1 versoepeld om mogelijke verklaringsmodellen te kunnen formuleren.

Resultaten

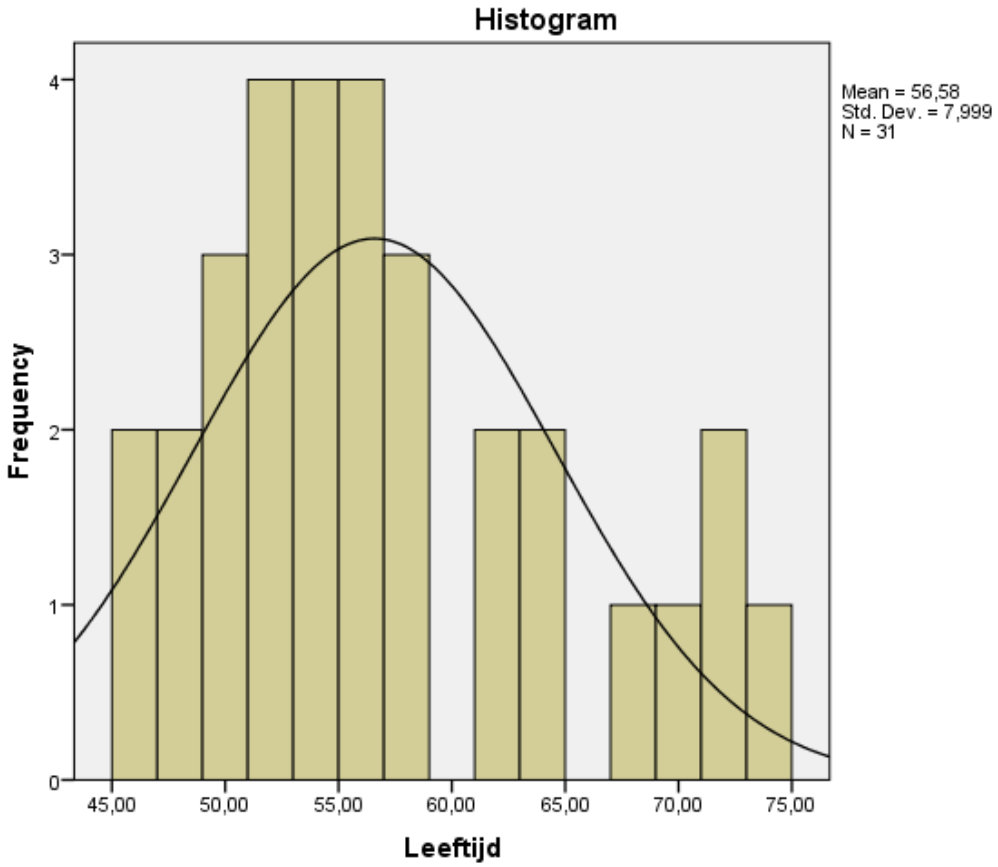
Er werden in totaal 180 patiënten gerekruteerd om op preventieconsult te komen. Drie groepen worden onderscheiden naargelang de rekruteringsmethode: 60 patiënten werden mondeling uitgenodigd tijdens een consult, aan 60 patiënten werd een uitnodigingsbrief gestuurd aansluitend op een consult en aan 60 patiënten die drie maand of langer geen contact hadden gehad met de huisarts werd eveneens een uitnodigingsbrief gestuurd. Hiervan kwamen in totaal 31 patiënten (17,2%) op preventieconsult.

Uit rekruteringsgroep 1 (mondelinge uitnodiging door de behandelende arts) kwam 16,7% (n=10) op consult, uit rekruteringsgroep 2 (schriftelijke uitnodiging, aansluitend op een recent consult) kwam 15,0% (n=9) en uit rekruteringsgroep 3 (schriftelijke uitnodiging na drie maand of langer geen huisartscontact) kwam

20,3% (n=12) op consult. De opkomst per groep verschilt niet significant van elkaar (X-kwadraat test, p=0,734).

Patiëntkenmerken en antwoorden op de vragenlijst werden niet vergeleken tussen de rekruteringsgroepen onderling, omdat de steekproef te klein was.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedroeg 56,6 jaar. Onderstaande figuur toont de verdeling van de leeftijden. Daaronder bevindt zich een tabel met beschrijvende gegevens van de respondenten van het preventieconsult.



Figuur: leeftijdsverdeling van de respondenten van het preventieconsult

Tabel: beschrijving van de respondenten van het preventieconsult

Variabele		Aantal (n)	Percentage (%)
Geslacht	Man	19	61,3
	Vrouw	12	38,7

Gezinssituatie	Gehuwd/samenwonend	20	64,5
	Gescheiden	8	25,8
	Weduwe/weduwnaar	1	3,2
Opleiding	Lager secundair (tot 14 jaar)	8	25,8
	Hoger secundair (tot 18 jaar)	8	25,8
	Hoger onderwijs kort type	8	25,8
	Hoger onderwijs lang type	5	16,1
Beroep	Huisman/huisvrouw	1	3,2
	Arbeider	5	16,1
	Bediende	13	41,9
	Zelfstandige	0	0
	Hoger kader	0	0
	Werkloos	1	3,2
	Pensioen	7	22,6
	Invaliditeit	2	6,5

Deze demografische gegevens van de respondenten werden vergeleken met die van evenveel niet-respondenten (telefonische enquêtes). Via X-kwadraat tests werd duidelijk dat er geen significant verschil was qua gezinssituatie, opleidingsniveau en beroep tussen respondenten en niet-respondenten.

Voor wat betreft de enquête peilend naar de beleving van gezondheid werd een randsignificant verschil gevonden bij het zich snel bezorgd maken. Er werd aangetoond dat respondenten zich in vergelijking met niet-respondenten sneller bezorgd maken over hun gezondheid (t-test, p=0,06).

Qua objectieve biomedische parameter werd het totaal cholesterol tussen respondenten en niet-respondenten vergeleken. Gemiddeld werd bij de

respondenten een totaal cholesterol gevonden van 205,16 (sd=53,25) en bij de niet-respondenten van 196,88 (sd=60,81). Hierbij valt geen significant verschil te weerhouden (t-test, p=0,49).

Tot slot werd er in een groep niet-respondenten (n=30) gepeild naar redenen om niet op preventieconsult te komen. Vier mensen hadden de brieven niet begrepen. Zes mensen gaven aan het preventieconsult vergeten te zijn. Vijf mensen gaven aan dat ze geen tijd hebben: allemaal werkende mensen (4 bediendes en 1 zelfstandige). Drie mensen waren angstig voor een ongunstige uitslag. Veertien mensen hadden geen interesse. Vijftien mensen zagen het nut niet in van een preventieconsult. Opmerkelijk is dat er een randsignificant verschil gevonden werd in het opleidingsniveau tussen de mensen die het nut wel en niet inzagen. In de groep lager opgeleiden zagen meer mensen het nut van een preventieconsult niet in (X-kwadraat test, p=0,09).

Discussie

De kernresultaten van deze studie kunnen als volgt worden samengevat. In totaal kwamen 17,2% van de uitgenodigde patiënten op een preventieconsult, zonder statistisch significant verschil tussen de rekruteringsgroepen. In demografische en medische kenmerken werd geen verschil gevonden tussen respondenten en niet-respondenten. Wel kon een randsignificant verschil worden aangetoond in de beleving van gezondheid: respondenten maken zich sneller bezorgd om hun gezondheid. De voornaamste redenen van patiënten om niet op preventieconsult te komen, zijn geen interesse en het nut er niet van inzien. Opmerkelijk is dat in de groep lager opgeleide patiënten minder mensen het nut van preventie inzien.

Rekrutering

Brief

De resultaten van het rekruteringsproces in deze studie dienen in perspectief te worden geplaatst. Hiertoe vergelijken we met enkele vorige masterproeven. Het versturen van een uitnodigingsbrief gaf in de huidige studie een responsratio van gemiddeld 17,65%. In de masterproef van Feys C. en Fouvry J. (14) kwam 12% van de patiënten die een uitnodigingsbrief kreeg op raadpleging. Mogelijks

heeft deze lage opkomst te maken met feit dat er strengere inclusiecriteria gehanteerd werden. Patiënten met co-morbiditeit of chronische medicatie werden namelijk geweerd. De respons van Rowies D. (13) ligt met 19% na het versturen van een uitnodigingsbrief aan patiënten tussen 45 en 55 jaar dicht bij deze van de huidige studie. In de masterproef van Tratsaert (15) werd na het versturen van een uitnodigingsbrief aan 50 tot 60 jarige patiënten een respons van 15% gezien, zonder bijkomende interventie. Hierbij dient opgemerkt dat in deze laatste studie ook de personen die eerder mondeling waren uitgenodigd en niet op preventieconsult gekomen waren, werden aangeschreven. Dit komt dus voor deze mensen neer op *recall* en geeft een overschatting van de responsratio. Opvallend in deze twee laatste studies (14, 15) is het excluderen van de hogere leeftijdscategorieën waarvoor het preventieconsult ook nog bedoeld is, namelijk de patiënten tussen 60 en 70 jaar. In het histogram dat de leeftijden van de respondenten in de huidige studie toont, zien we dat deze leeftijdscategorie inderdaad relatief ondervertegenwoordigd is. Dit betekent dat de *respons rates* van 15% (15) en 19% (13) mogelijk een overschatting zijn.

Een belangrijk verschil tussen de drie hierboven geciteerde masterproeven en de huidige is het feit dat patiënten bij Rowies D., Tratsaert E., zowel als bij Feys C. en Fouvry J., enkel bij de huisarts in opleiding terecht konden voor het preventieconsult. Dat moet gezien worden als een belangrijke remmende factor voor veel patiënten. Mogelijks is de in deze studie iets hogere *respons rate* te danken aan het feit dat elke aangeschreven patiënt bij zijn vertrouwde arts terecht kon voor een preventieconsult. Vergelijken we onze opkomst van 17,65% met de winst van 14,2% op participatie aan borstkankerscreening na het sturen van een uitnodigingsbrief (28), dan merken we dat de resultaten in dezelfde grootteorde liggen. De hypothese dat patiënten die reeds drie maand niet op raadpleging kwamen, eerder geneigd zouden zijn op preventieconsult te komen dan diegenen die recent nog consulteerden voor een acuut probleem bleek statistisch niet te bewijzen. Mogelijks valt het verschil van 20,3% tegenover 15% bij een ruimere steekproef groter uit of worden de groepen bij een ruimer tijdsinterval toch significant verschillend.

Motivatie

Wat het mondeling uitnodigen van patiënten tijdens de consultatie betreft, zagen we in de studie van Pauwels L. (12) een opkomst van 27%. Dit kan tweeledig verklaard worden. Enerzijds werd de folder persoonlijk afgeven door de arts aan de patiënt. In opzet diende dit zonder motivatie te gebeuren, wat in werkelijkheid niet altijd het geval bleek. Anderzijds kon de patiënt bij alle artsen van de groepspraktijk terecht voor een preventieconsult. Het mondeling uitnodigen in de studie van Tratsaert E. (15) verliep vergelijkbaar met wat er in de studie van Pauwels L. (12) werd gedaan. De resultaten liggen overigens in dezelfde lijn, met een opkomst van 26%, stijgend tot 35% na extra telefonische *recall*. In een studie (28) die onderzoekt wat het effect is van mondelinge motivatie op het participeren aan screeningsmammografie wordt na zes maand een winst van 25,2% genoteerd. Dit is van dezelfde grootteorde als de geciteerde masterproeven. Een meta-analyse (31) die interventies vergelijkt om de screeningsmammografie te promoten, kon echter geen statistisch significant verschil aantonen tussen persoonlijke motivatie, telefonische motivatie en het versturen van een uitnodigingsbrief in de participatie aan screeningsmammografie. In de huidige studie komen we tot dezelfde conclusie voor wat betreft het GMD+ consult.

We zagen in vorige masterproeven (12,13) een spectaculair effect van mondelinge reminders op participatiegraad. De vraag werd in de inleiding al gesteld of dit een resultante is van het herinneren of eerder een effect van de mondelinge vorm ervan. Interessant hierbij is een studie (32) die het effect nagaat van twee telefonische interventies als reminder na het versturen van een uitnodigingsbrief: een louter herinnerende telefoon enerzijds en een motiverende telefonische interventie anderzijds. Tussen de twee werd geen statistisch significant verschil aangetoond, wat doet besluiten dat het *recall*-effect primeert boven dat van de motivatie. In de huidige studie werd bij het afnemen van enquêtes per telefoon ook duidelijk dat “vergeten” een frequente reden voor niet-participatie was. Uiteraard is dit niet afdoend als verklaring, want “vergeten” betekent mogelijk “niet-prioritair” en is misschien zelfs terug te voeren op “geen interesse”. Ook in de huidige studie werd een grotere opkomst

gezien na het telefonisch contact dat we namen om extra enquêtes af te nemen. Veel mensen die initieel van plan waren om op preventieconsult te komen, maar de brief na een tijdje vergeten waren, werden er op die manier aan herinnerd en kwamen alsnog. Deze patiënten werden niet bij de respondenten gerekend. Het wordt tegelijk duidelijk dat bij telefonische herinnering er veel vragen komen naar de inhoud van het preventieconsult en dat deze inhoud dan door de arts op maat van de patiënt wordt vertaald, met als resultante dat de patiënt op preventieconsult wenst te komen. Toch blijkt uit deze studie niet dat a priori mondelinge motivatie leidt tot een hogere participatiegraad van patiënten aan het preventieconsult in vergelijking met de patiënten die een uitnodigingsbrief per post kregen.

Een eerste mogelijke verklaring hiervoor is de heterogeniteit van het motiveren tussen de artsen die aan de interventie meewerkten. Hoewel vooraf afgesproken bleek tijdens de interventie al dat niet elke arts op de afgesproken manier motiveerde, dat er soms gewoon een brief werd meegegeven met de boodschap hem eens te lezen thuis. Er werd dan niet gevraagd naar de verwachtingen van een preventieconsult, noch geïnformeerd wat het persoonlijke belang inhield voor de individuele patiënt. Wat opmerkelijk is en hierbij aansluit, uit de studie van Tratsaert E. (15) is de discrepantie tussen de rekruteringsactiviteit van de huisarts in opleiding en die van de praktijkopleider. In een eerste testfase werden door de huisarts in opleiding 25 van de 34 in aanmerking komende patiënten uitgenodigd, terwijl dat er bij de PO slechts 2 van de 33 in aanmerking komende patiënten waren. Dit illustreert goed dat ondanks gemaakt afspraken rond het praktijkverbeterend project er nogal wat weerstand bestaat in de toepassing van die afspraken in de dagelijkse praktijk. Zo wordt er zelfs een quasi ironische tabel in de studie opgenomen waaruit blijkt dat een aantal patiënten door haar praktijkopleider tot vijf maal toe niet werden uitgenodigd.

Een andere verklaring houdt verband met de verstuurde of meegegeven brieven. Aan de wervingsbrief hangen enkele onontbeerlijke facetten vast. De inleiding vangt de aandacht van de lezer. Deze wordt vastgehouden in de

alinea die voor- en eventuele nadelen belicht, om dan in een slot het doel te herhalen en duidelijk te maken hoe er praktisch kan gereageerd worden. Bondigheid en helderheid zijn hier absolute vereisten, uiteraard met in acht name van correcte grammatica. Aan deze vereisten werd in de gebruikte brieven (zie bijlage) voldaan, doch mogelijks was de boodschap toch wat te latent aanwezig. In de “informatiebrief” wordt immers niet alleen gewag gemaakt van het belang van preventie, daarop volgt ook nog de uitleg over een studie met enquête, waarbij het daarenboven van belang is een toestemmingsformulier te tekenen. Hoewel logisch van opbouw schuilt er door de meerlagigheid van de brief toch een grote complexiteit in. In plaats van een eenduidige boodschap “kom op preventieconsult”, is er de misschien corrumperende invloed van het studiegebeuren met “toestemming om deel te nemen” en “het geven van zijn mening over dit preventieconsult”. Dat deze brief wordt gevolgd door de eigenlijke uitleg over het preventieconsult en het toestemmingsformulier die in deze studie gebruikt werden, kan teveel van het goede zijn. Zeker voor de minder geletterde patiënt. Er dient opgemerkt dat zowel de informatiebrief, de folder als het toestemmingsformulier vergelijkbaar zijn qua vorm, taal en inhoud als de documenten gebruikt in vorige masterproeven rond rekrutering van patiënten voor het GMD+ (12, 13, 14).

Patiëntkenmerken

In enkele voorgaande masterproeven (12, 13) werd net zoals in de huidige studie geen significant verschil gevonden in demografische en medische kenmerken tussen respondenten en niet-respondenten, daar waar we verwachtten dat de respondenten eerder gezonder zouden zijn en vanuit een socio-economisch gunstigere positie zouden vertrekken (18-22). Als aanvulling op de parameters van Pauwels L. (glucose, griepvaccin, rookstatus, bloeddruk, tetanusvaccin, BMI, alcoholgebruik, FOBT, PAP en mammografie), werd in deze studie de totale cholesterol toegevoegd. Maar dit bleek ook niet significant verschillend te zijn tussen respondenten en niet-respondenten. Dat er verder geen verschillen in patiëntkenmerken waargenomen worden tussen de respondenten van de verschillende rekruteringsgroepen kan toegeschreven worden aan de kleine steekproef.

Interessant genoeg vonden Feys C. en Fouvry J. (14) wel verschillen na logistische regressieanalyse. Respondenten hadden in hun studie minder kans om te roken, eten gezonder en hebben een hogere kans op het familiaal voorkomen van colonkanker. Ook is de opvolging van het cervixuitstrijkje beter in de responsgroep. Verhaegen S. (16) toonde bovendien aan in zijn masterproef dat er bij niet-respondenten relatief meer mensen met slecht gecontroleerde hypertensie, meer gebruik van antihypertensiva en cholesterolremmers, slechtere levensstijl en meer alcoholproblemen voorkomen. Dit klopt met de intuïtief aangevoelde notie dat vooral de reeds gezonde en bezorgde patiënten (*worried well*) op preventieconsult komen. Dit wordt ook aangetoond door een onderdeel van de enquête in deze studie die aantoonde dat in vergelijking met niet-respondenten de respondenten aangaven sneller bezorgd te zijn over hun gezondheidstoestand.

Patiëntbarrières

Alle in deze studie aangehaalde redenen om niet op preventieconsult te komen, zitten ook in de andere masterproeven die hiernaar peilen. Zelfs de relatieve verdeling loopt gelijk, met als belangrijkste (en overlappende) reden geen interesse en het nut van preventie niet inzien. Het belangrijkste resultaat dat ook strookt met de in de inleiding besproken ongelijkheid in de participatie aan preventieve gezondheidszorg tussen de socio-economische klassen is het gegeven dat patiënten met een lager opleidingsniveau meer geneigd zijn het nut van een preventieconsult niet in te zien.

Conclusie

Deze masterproef ontstond als een praktijkverbeterend project. Het verwerven van de vaardigheid vanuit de GMD+ vragenlijst een individueel preventieplan op te stellen, vormde een eerste opdracht. In verschillende praktijkvergaderingen werd, na individuele studie van de Gezondheidsgids, aan de hand van casuïstiek geoefend in het opstellen van dit individueel preventieplan en de registratie ervan in het EMD. Op het moment van schrijven, blijken de “onderzoeksmaanden” een praktijkverbeterend effect te hebben gehad. Er wordt namelijk systematisch naar de GMD+ vragenlijst gegrepen als iemand

consulteert voor een algemene *check-up*. De drempelvrees is met andere woorden weg. De baan is geruimd voor een implementatie op grotere schaal.

Hoewel intuïtief werd verwacht dat mondelinge motivatie een hogere participatiegraad zou geven dan het uitnodigen van patiënten per brief, kan dit in deze studie niet worden bevestigd. Er werden geen verschillen in patiëntkenmerken waargenomen tussen de respondenten van de verschillende rekruteringsgroepen. Ook werden er geen significante verschillen gevonden tussen de respondenten en de niet-respondenten op het vlak van gezondheid en socio-economische status. Wel zijn respondenten sneller bezorgd om hun gezondheid. De voornaamste reden voor patiënten om niet op preventieconsult te komen is geen interesse. Vooral lager opgeleide patiënten zien er het nut niet van in. Wat de rol kan zijn van een eenvoudiger wervingsbrief of meer doorgedreven en uniforme mondelinge motivatie is reden voor verder onderzoek.

Referenties

1. Annemans, L, Gezondheidseconomie voor niet-economen, Academia Press, Gent, 4e druk, 2010.
2. Dekker JM, *et al.,* NHG-Standaard PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Goudswaard AN. Huisarts Wet 2011; 54(3):138-55.
3. NHS Health Check. Helping you prevent heart disease, stroke, diabetes and kidney disease. http://www.nhs.uk/Planners/NHSHealthCheck/Pages/NHSHealthCheck.aspx Geraadpleegd februari 2013.
4. http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/ Geraadpleegd februari 2013.
5. www.datvoeltbeter.be Geraadpleegd februari 2013.
6. Jongh D de, Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Evaluatie van initiatieven. Utrecht: NIVEL, 2007.
7. Paulus D, *et al.*, Borstkankerscreening. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2005.
8. Hulstaert F, *et al.*, Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), 2006.
9. Baeten R, *et al.,* Gezondheidsgids Domus Medica editie 2012.
10. Dubey V, *et al.*, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized trial. BMC Fam Pract 2006;7:44.
11. Jacobs L, De Gezondheidsgids: perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel. Masterproef 2009-2010.
12. Pauwels L, Van Royen P. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Masterproef 2010-2011.

13. Rowies D, De Cort P, Wat is de tevredenheid van 45-55 jarige patiënten die voor de eerste maal een systematisch preventieconsult aangeboden krijgen? Masterproef 2011-2012.
14. Feys C, Fouvry J, Schoenmakers B, Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef 2011-2012.
15. Tratsaert E, Christiaens T, Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef 2011-2012.
16. Verhaegen S, Schoenmakers B., Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartspraktijk? Masterproef 2011-2012.
17. Williams B, *et al.* The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc Sci Med 1998; 47:1351-9.
18. Avalosse H, *et al.*, Inégalités sociales de santé: observations à l'aide de données mutualistes. MC-informations 2008; 233:3-15.
19. Vlayen J, *et al.* , Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. HSR. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre, 2010.
20. Van der Velden, K, *et al.*, Screening in primary care: health for all?, European Journal of Public Health 1999.
21. Walter U, *et al.,* Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Fam Pract 2010;11:68.
22. Hulshof, *et al.,* Patiënten over preventie door hun huisarts. Huisarts en wetenschap 1998. 41(3) p. 117-120.
23. Dalongeville J, *et al.*, Increasing fruit and vegetable consumption: a cost-effectiveness analysis of public policies. European Journal of Public Health 2011. Vol 21, nr 1.
24. Harkins C, *et al.* , Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. BMC Public Health 2010;10:391.

25. Fox R. Informed choice in screening programs: Do leaflets help? A critical review. J Public Health 2006;28(4):309-17.
26. Nielen MMJ, Van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult CardioMetabool Risico. Utrecht: NIVEL, 2010
27. Cohen DJ, *et al.*, Implementing health behavior change in primary care: lessons from prescription for health. Ann Fam Med 2005; 3, S12–S19.
28. Champion VL, *et al.*, Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. Preventive Medicine 2003; 36: 150–158.
29. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008;37: 341-61.
30. Kilbourne AM, *et al.* Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. Implement Sci 2007;2:42.
31. Sohl SJ en Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: A meta-analytic review. Preventive Medicine 2007; 45: 252–261.
32. Taplin SH, *et al.*, Testing Reminder and Motivational Telephone Calls to Increase Screening Mammography: a Randomized Study. J Natl Cancer Inst 2000; 92(3):233-42.

Bijlagen

Informatieformulier

Beste patiënt,

U heeft reeds een GMD in onze praktijk. Uw huisarts beheert uw Globaal Medisch Dossier, wat betekent dat wij uw gezondheidsinformatie verzamelen en coördineren. Deze gezondheidsinformatie behelst grotendeels de problemen waarvoor u reeds een arts consulteerde.

De laatste jaren kent preventie een sterke opmars, omdat het mogelijk wordt ziekten in een zeer vroeg stadium te ontdekken en te behandelen. Daarom is er nu het **GMD+**, waarbij de "plus" staat voor het preventieve aspect van de zorgverlening door de huisarts voor patiënten tussen 45 en 75 jaar. Meer over het GMD+ consult vindt u in bijgaande **folder**.

Onze groepspraktijk is tevens een opleidingspraktijk en daarom gebeurt er een onderzoek naar het promoten van het GMD+ consult in onze praktijk, de **KalkenDORP-studie**: Kalkense DOkters voor RisicoPreventie. We willen nagaan hoe we onze patiënten kunnen motiveren en wat hun redenen zijn om al dan niet aan preventie te doen.

Uw visie op het organiseren van deze preventieve activiteit is belangrijk. Vandaar dat we in een korte enquête openstaan voor uw ideeën. Deze zal u vrijblijvend worden aangeboden als u op GMD+ consult komt bij de arts van uw keuze.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek kunnen bepaalde gegevens uit uw dossier gebruikt worden om in de studie te verwerken. Uiteraard zal dit vertrouwelijk behandeld en gecodeerd verwerkt worden. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil ook zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kan terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts. Door het ondertekenen van het **toestemmingsformulier** verklaart u zich bereid mee te werken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met onze praktijk.

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

Met vriendelijke groeten,

Huisartsen Groepspraktijk
Kalkendorp 41
9270 Kalken
09/3676430

Dr. Alex De Smet
Dr. Hilde Van Watermeulen
Dr. Karl Deleu
Dr. Leen Thienpont
Dr. Andreas Delanoye

Folder

Omdat voorkomen beter is dan genezen, zijn wij voorstander van een **preventieplan op maat!**

Dit individueel preventieplan voor **patiënten tussen 45 en 75 jaar** neemt een aanvang met een **vragenlijst** die ons kan helpen om uw gezondheid preventief op te volgen. Preventie houdt in dat we schade aan uw lichaam proberen te voorkomen.

Hoe? Allereerst trachten wij uw risico op bepaalde aandoeningen in te schatten, rekening houdend met uw geslacht, leeftijd en uw familiale en persoonlijke medische voorgeschiedenis. Op basis van deze inschattingen stellen we dan samen met u een plan op met de gepaste voorzorgsmaatregelen.

Dit preventieplan bevat volgende **onderwerpen**:

- Voorkomen van hart– en vaatziekten
- Opsporen van verhoogde kans op diabetes
- Opsporen van voorstadia van borst-, baarmoederhals- en darmkanker
- Controleren van uw vaccinatiestatus
- Bespreken van problematisch alcoholgebruik
- Bespreken van rookstop

In dit preventieplan komen enkel die acties aan bod waarvan **wetenschappelijk** vaststaat dat preventie zinvol is.

Het preventieplan is opgevat in de vorm van een vragenlijst. Het is de bedoeling dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Twijfelt u over een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

Nadat u de vragenlijst hebt ingevuld, kan u zich hiermee bij uw huisarts aanmelden. U bent hierbij vrij om op consultatie te gaan bij de arts van uw keuze.

Omdat preventie een belangrijk onderdeel van uw algemene gezondheid vormt, willen wij hier graag een **volledige consultatie** voor vrijmaken. Wij vragen u dan ook om voor het overlopen van de vragenlijst en het opstellen van uw persoonlijk preventieplan een **aparte afspraak** te maken voor een preventieconsult. Gelieve dit bij het maken van de afspraak te vermelden. Hierbij is om de opstap zo laag mogelijk te maken de derdebetalersregeling van toepassing, dus vergeet geen **kleefbriefje** van de mutualiteit mee te nemen.

Hebt u nog vragen over deze vragenlijst, dan kan u hiervoor altijd terecht bij uw huisarts.

Met vriendelijke groeten,

Huisartsen groepspraktijk
Kalkendorp 41
9270 Kalken
09/3676430

Dr. Alex De Smet
Dr. Karl Deleu
Dr. Hilde Van Watermeulen
Dr. Leen Thienpont
Dr. Andreas Delanoye

Toestemmingsformulier

Ik, …….. (*naam patiënt*), verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan de KalkenDORP-studie.

- Dr ..... (*naam arts*) heeft mij uitgebreid geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie.
- Ik heb de geschreven informatie van het informatieformulier gelezen en begrepen. (aanvinken wat van toepassing is)

Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

Een weigering om deel te nemen aan dit onderzoek houdt geen enkel nadelige gevolg in voor de relatie tussen de patiënt en de artsen van de groepspraktijk.

Mijn persoonlijke levenssfeer zal worden gerespecteerd*.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens internationale richtlijnen**.
Er werd voor deze studie een verzekering afgesloten en dit daar de wet*** voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer. De verzamelde gegevens zullen worden gebruikt in het afstudeerproject i.v.m. preventieve gezondheidszorg van Dr. Andreas Delanoye.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening……

Ondergetekende arts heeft de bijzonderheden van dit onderzoek naar preventieve geneeskunde volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

* Conform het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002

** ICH/GCP, verklaring van Helsinki, ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies

*** Conform de Belgische wet van 7 mei 2004