Wat motiveert patiënten op preventieconsult te komen?

Van Dierdonck Sylke, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Willems Sarah, Universiteit Gent

Co-promotoren: Schrans Diego, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING 3

2. LITERATUURSTUDIE 6

2.1. ZOEKSTRATEGIE 6

2.2. BARRIÈRES 6

2.3. STIMULI 9

2.4. SOCIO-DEMOGRAFISCHE FACTOREN 10

2.5. GEZONDHEIDSPROMOTIE EN GEDRAGSVERANDERING 10

2.6. BESLUIT 11

3. METHODE 12

3.1. Methode Focusgoepen 12

3.2. Methode Vragenlijst 13

4. RESULTATEN 15

4.1. Resultaat Focusgroepen 15

4.1.1. Sociodemografische gegevens 15

4.1.2. Stellingen 15

4.2. Resultaten Vragenlijst 16

4.2.1. Sociodemografische gegevens 16

4.2.2. Stellingen 17

5. DISCUSSIE 25

5.1. Opvallende punten 25

5.2. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek 28

5.3. Oplossingen 29

5.4. Nieuwe onderzoeksvragen 31

6. CONCLUSIE 32

7. DANKWOORD 33

8. REFERENTIES 34

9. BIJLAGEN 37

1. INLEIDING

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

De belangrijkste doodsoorzaken in ons land zijn cardiovasculaire aandoeningen (34%), kanker (29%) en externe oorzaken (8%). De gezondheidsproblemen die hiermee verband houden zijn obesitas en roken. Verder zorgen neuropsychiatrische aandoeningen voor de hoogste *burden of disease.*

Focus op primaire preventie, zijnde reductie van risicofactoren bij gezonde personen, kan veel van deze morbiditeit en mortaliteit voorkomen, voornamelijk wat de cardiovasculaire sterfte betreft.[4]

De huisarts is een spilfiguur in deze preventieve zorg. Hij of zij is de vertrouwenspersoon die het overzicht houdt over iemands gezondheid en gezondheidsrisico's. Hij biedt een complete, holistische en makkelijk toegankelijke zorg. Huisartsen verlenen meestal preventieve zorg in de individuele setting van een consultatie, ofwel op indicatie van aanwezige risicofactoren en symptomen, ofwel in het kader van het zorgpakket, bijvoorbeeld om het risico op complicaties van chronische ziektes te verminderen. Preventie op populatieniveau, zoals vaccinatieprogramma's en kankerscreening, heeft tot nu toe een minder prominente plaats in de huisartsenpraktijk gekregen maar kan potentieel significant bijdragen tot reductie van het risico op het ontwikkelen van een chronische ziekte of tot het identificeren van behandelbare ziektes in een vroeg stadium.[3]
Zo bestaat er sinds 2009 in het Verenigd Koninkrijk een interessant initiatief, genaamd de NHS Health Check. Gezonde 40 tot 74-jarigen worden om de vijf jaar uitgenodigd bij de huisarts om hun cardiovasculair risico te bepalen en hen te helpen dit risico te verminderen en aan te pakken. Een kleinschalige studie in Stoke on Trent toonde dat dit een significante reductie gaf van het geschatte cardiovasculair risico van de populatie en de bijhorende individuele risicofactoren.[5]
Een gelijkaardige cardiometabole health-check voor 40-75jarigen in Nederland werd in vijf huisartsenpraktijken getest. De resultaten toonden dat aandoeningen waarvoor behandeling nodig is bij gemiddeld één op vijf bij de eerste presentatie op de huisartsenpraktijk werd vastgesteld.[6]

Een bijkomend voordeel van preventie op populatieniveau is het wegvallen van een aantal mogelijke socio-demografische verschillen. Zo is de ongelijkheid in screening volgens opleidingsniveau en socio-economische positie in Europese landen groter in landen zonder populatiegerichte screening.[7]

Om accenten te leggen binnen het preventieve gezondheidsbeleid werkt de Vlaamse overheid met gezondheidsdoelstellingen. Dat zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die

binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. De Vlaamse overheid startte ermee in 1998, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie. Voorstellen voor gezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd door een gezondheidsconferentie. Die gezondheidsconferentie stelt tegelijk ook strategieën voor om de doelstelling te realiseren.
De Vlaamse overheid heeft doelstellingen geformuleerd rond 6 thema's: voeding en beweging, infectieziekten en vaccinatie, zelfdoding (en depressie), tabak/alcohol/drugs, borstkankeropsporing en ongevallen in de privésfeer.[8]

Het was in het kader van deze doelstellingen dat Domus Medica (DM) in 2008 met een voorstel kwam om de aanpak van preventie in de praktijk te systematiseren. Om het overzicht te houden in het kluwen van richtlijnen (denk maar aan colonkankerscreening, borstkankerscreening etc), stelde DM in samenwerking met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGEZ) een handleiding op met twaalf preventieve maatregelen.[8]

Pilootprojecten hierrond in Vlaanderen en Nederland waren veelbelovend, en in september 2010 stelde DM dan de gezondheidsgids voor, een instrument om systematisch zinvolle en *evidence-based* preventie aan te bieden aan de volwassen patiënt. Deze gids bestaat uit een vragenlijst voor de patiënten (+ planningstabel voor de huisarts), een handleiding en een afsprakenkaartje. Het vat de essentie samen van de richtlijnen, zodat de huisarts makkelijker een overzicht kan houden en niet elke richtlijn tot in de details moet kennen. Hij krijgt de gezondheidsrisico's als het ware op een presenteerblaadje en heeft een leidraad bij het opstellen van een praktisch preventieplan. Het voordeel van dergelijke *evidence-based*, goedkope en makkelijk te gebruiken checklist om aan gesystematiseerde preventie te doen, werd reeds aangetoond in onder andere Canada.[9]
Bijna alle Vlaamse gezondheidsdoelstellingen komen aan bod. In de eerste versie ontbraken suïcide en depressie nog, door gebrek aan een geschikte vraag. Prostaatkankeropsporing en oogboldrukmeting werden dan weer niet opgenomen wegens te weinig *evidence*. Valpreventie ten slotte werd gezien als iets dat zich meer op tertiair niveau afspeelt.[10]
Met deze handige gids vraagt de huisarts aan de patiënt de vragenlijst in te vullen en plant een speciaal preventieconsult om deze samen te overlopen. De gezondheidsrisico's worden ingeschat en in samenspraak met de patiënt wordt een persoonlijk preventieplan opgesteld.[10]

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

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

Ook in onze praktijk vroeg men zich af wat de redenen konden zijn dat niet meer mensen hierop afkwamen. En anderzijds: wat dreef diegenen die wél deelnamen? Onze forfaitaire praktijk, waar de financiële drempel in principe al wegvalt, leek de perfecte setting voor verdere exploratie van dit fenomeen.

Onze onderzoeksvraag was geboren…Maar hoe een antwoord vinden op deze vraag?

We begonnen met de patiënten opnieuw en intensiever uit te nodigen, hopend op een hogere opkomst. Dit deden we op verschillende manieren, zowel via affiches in de wachtzaal, een brief (Bijlage 2), een reminder op elk bureau, een artikeltje in het patiëntenkrantje als een persoonlijke uitnodiging. Dit gebeurde echter niet consequent, deels doordat niet alle artsen actief deelnamen.

Deze keer had de uitnodiging toch iets meer succes. Vijftig van de 780 uitgenodige personen zijn op preventieconsult gekomen (6,4%) Bijlage 3 is een beschrijving van de patiëntengroep die is gekomen.

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

Om dit te onderzoeken organiseerden we twee focusgroepen waarin de patiënten zelf aan de hand van casussen werden gevraagd na te denken over dit onderwerp.
We bundelden alle beweegredenen tot (weigering tot) deelname uit de literatuurstudie en de focusgroepen samen in vragenlijsten met een puntenschaal, die het belang van elke factor scoort ('in welke mate speelde...een rol'). Er was een vragenlijst voor de personen die gekomen zijn en één voor zij die niet gekomen zijn. Beide vragenlijsten werden door enkele experts van dit vakgebied nagelezen, becommentarieerd en goedgekeurd. De uiteindelijke enquêtes werden naar de groep patiënten die deelnamen gestuurd en naar een gematchte sample van de groep die niet opdaagde.

Daarna was het afwachten wat de antwoorden zouden zijn.
Waarom nemen mensen al dan niet deel aan een dergelijk consult?

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

De hieropvolgende tekst legt de focus op de motiverende factoren, maar vormt in principe één geheel met het werkstuk van mijn collega Dr Marieke Priem.

2. LITERATUURSTUDIE

We doorzochten de wetenschappelijke literatuur om na te gaan welke beïnvloedende factoren voor preventie er reeds gekend zijn uit voorgaand onderzoek. Het gaat hierbij om een brede waaier aan preventieve acties en meer specifiek ook over gedragsverandering en gezondheidspromotie.

Er is reeds heel wat gepubliceerd rond gerichte preventieprogramma's zoals bijvoorbeeld colonkanker-, cervixkanker- en borstkankerscreening. Gezien het geïntegreerd preventieconsult zoals dat van Domus Medica een vrij recent concept is, is specifieke literatuur hieromtrent nog beperkt. In verschillende landen zijn de laatste jaren gelijkaardige (maar minder uitgebreide) initiatieven gestart voor het opsporen van cardiovasculaire en andere risico's in de eerste lijn (vb NHS health check). Deze worden momenteel allen geëvalueerd, maar het is nog vroeg om al conclusies te trekken.

2.1. ZOEKSTRATEGIE

Voor onze literatuurstudie gebruikten we voornamelijk de zoekmachines Pubmed en Cochrane. Onze zoektermen waren: barrier, motivator, facilitator, prevention, cardiovascular disease prevention, cancer prevention, cancer screening, urban areas, urban population, NHS health check, health promotion, colorectal cancer screening, cervical cancer screening, breast cancer screening, mammography, participation, health belief model, health behaviour, determinant, preventive consultation.

Verder werd ook heel wat achtergrondinformatie gehaald uit de thesissen van enkele voorgangers, vanop de website van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Algemene epidemiologische gegevens vonden we in de databank van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO).

2.2. BARRIÈRES

Over barrières voor preventie zijn al enorm veel studies uitgevoerd. De meeste spitsen zich toe op aparte subcategorieën. Zo is er reeds veel geschreven over kankerscreening, waarbij men steeds dezelfde drempels ziet terugkomen. Hieronder worden de voornaamste gebundeld.

Garcia et al.[13] ondervroegen niet-deelnemers van het screeningsprogramma van colonkanker naar hun barrières. De vijf belangrijkste waren: andere gezondheidsproblemen, andere prioriteiten zoals werk en/of gezin, misverstanden rond eigen relevantie wanneer men zich goed voelt en geen positieve familiale anamnese heeft, misverstanden rond de test zelf en tenslotte gebrek aan vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem.

Ook Jones et al. [14] wilden de barrières voor deelname aan colonkankerscreening onderzoeken, ze deden dat aan de hand van een vragenlijst. Er waren 21 afremmende factoren aan dewelke alle deelnemers een score moesten toekennen. Hier kwam het 'niet weten dat het nodig was' naar boven als de belangrijkste factor, samen met 'niet aangeraden door arts'. Financiële barrières en verkeerde opvattingen werden ook vaak vernoemd.
Opvallend was dat de drempels niet homogeen waren maar verschilden per test, het ging hier namelijk over vier mogelijke screeningsmethodes: faecal occult blood test (FOBT), sigmoïdoscopie, colonoscopie of barium. De top vijf voor elke test bevatte dan ook test-specifieke barrières (zoals stoelgang aanraken, darmvoorbereiding,…) die vaak veel meer impact hadden dan de algemene. Andere vermelde struikelblokken waren: moeilijkheden om een afspraak te maken, toegang tot

gezondheidszorg/ziektekostenverzekering, geen kennis, geen interesse, angst, schaamte, pijn, geen klachten.[14]
Om tot deze vragenlijst te komen hadden ze voorafgaand onderzoek gedaan via een open vraag die ze stelden aan een grote groep patiënten en verdere discussie in kleinere focusgroepen.[15] De klassieke barrières zoals logistiek, tijdsgebrek, schaamte, pijn, kost en taboe werden vernoemd. Tijdens de discussies kwamen echter diepere nuances vanuit de literatuur gekende drempels aan het licht . Zo kan 'zich niet bewust zijn van de noodzaak' heel wat verschillende betekenissen hebben: zich niet bewust zijn van de prevalentie, van de voordelen van screening, van persoonlijke noodzaak of van behandelingsmogelijkheden. Hetzelfde geldt voor angst; men kan angst hebben voor kanker, voor het resultaat, voor het onderzoek zelf of voor complicaties. Een derde voorbeeld is de betekenis van tijd als belemmering. Dit zou kunnen zijn: het tekort aan tijd om de test uit te voeren, om zichzelf te motiveren, de afspraak te plannen of moeilijkheden op te lossen. Deze verschillende factoren vereisen steeds een andere aanpak.

Deelnemers gaven aan dat artsen er vaak niet in slagen mee te delen wat het belang is van screening voor deze persoon in het bijzonder. Artsen werden wel belangrijk bevonden in het promoten van deelname, maar waren geen voldoende motivatie op zich. De focusgroepen stelden dat het onrealistisch zou zijn te verwachten dat patiënten meteen in actie schieten nadat ze het advies tot screening hadden gekregen.

Ook andere bestaande problemen zoals slechte gezondheid of ziekte bij de partner spelen een rol. Sociale steun zou dan weer helpen, alleen zijn is een barrière. Een aantal resultaten die nog niet frequent in literatuur beschreven zijn: voorgaande slechte ervaringen met screening, paraseksuele kwesties, laag zelfbeeld, wantrouwen, wachten op een gemakkelijkere test, misverstand omtrent de nodige test.[15]

Ook een zeker fatalisme werd als tegenargument gegeven.[15] Volgens Salman F komt dit vooral voor bij moslims.[16] Moslims uit Arabische landen zien kanker als een fatale ziekte en als een doodsvonnis. Sommigen zien het als een straf van God of als een test van hun geloof en geduld, in beide gevallen moeten ze het gewoon aanvaarden. In veel Arabische landen is de gezondheidszorg anders geregeld, het accent ligt vooral op het curatieve. Kankerscreening wordt er eerder aangeraden voor diagnostische doeleinden en niet als secundaire preventie. Bovendien spelen bij deze groep andere culturele en religieuze restricies mee zoals de traditionele kledij en het verbod op lichamelijk contact tussen (niet getrouwde) mannen en vrouwen, dit kan een barrière zijn voor bijvoorbeeld mammografie of cervicaal uitstrijkje.[16] In deze gevallen is het belangrijk een vrouwelijke arts te hebben.[17] Bij Hispanics stelt men deze culturele factoren eveneens vast, de borsten blootstellen aan vreemden is ook bij hen taboe.[18]

Watson-Johnson et al. groepeerden de barrières voor mammografie in vijf categorieën. Ook al ging het hier om een compleet andere procedure, toch kwamen dezelfde factoren terug.[18] Zo werden problemen van tijd, logistiek en kost gegroepeerd onder 'toegankelijkheid'. Het hierboven beschreven fatalisme en alles wat met angst en schaamte te maken heeft, wordt aangeduid als 'psychosociale factor', net als het niet inzien van zijn persoonlijk risico en ook gewoon uitstelgedrag. Verder beschreven ze bezorgdheden om efficiëntie (vb vals negatieve of vals positieve resultaten in vriendenkring) en persoonlijke bezorgdheden om de procedure zelf (pijn, schaamte, potentiële bijwerkingen).[18]

Ook Püschel et al. vonden dat schaamte, angst en geheimzinnigheid belangrijk waren bij mammografie[19]. Deelneemsters gaven dit onderzoek aan als iets zeer intiem en wilden zich hiervoor niet graag blootstellen. Bij deze Chileens vrouwen spelen een aantal (bij)geloven een rol: zo was er het misverstand dat de meeste borstkankers via zelfonderzoek gevonden werden en dat mammografie hieraan een ondergeschikte waarde had. Verder werden de normale barrières zoals problemen van toegankelijkheid, lange wachttijden, bureaucratie en transport opnieuw aangegeven.[19]

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

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

Bovenstaande studies gaan allemaal over specifieke screeninsprogrammas. In Denemarken is wel onderzoek gedaan naar drempels voor algemene gezondheidsscreening en -discussies.[22] Ook hier stond iedereen positief tegenover screening en was men begripvol dat mensen hieraan meededen. Voor de hand liggende redenen om niet deel te nemen kwamen veel voor: druk met job/familie, huidige gezondheidsproblemen, belangrijke *life events*. Anderen vonden dat het niet veel nieuws zou brengen, ze waren in goede gezondheid of hadden recent al screening ondergaan. Een andere bedenking was de angst voor de gevolgen als risico's of aandoengingen zouden vastgesteld worden. Ze benadrukten de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt over zijn gezondheid en zeiden dat ze hun huisarts zouden contacteren indien hun lichaam signaal gaf dat het nodig was.

Sommige deelnemers vonden dat screening soms een vals gevoel van zekerheid kon geven. Zij waren van mening dat dergelijke check-up slechts bepaalde risico's en aandoeningen kon opsporen en zo dan ook geen geruststelling geven over alles. Zelfs al deed je inspanningen zoals rookstop, je kon nog steeds jong sterven. Bovendien waren ze het erover eens dat je ziektes zoals diabetes toch zal krijgen als je ervoor bent voorbestemd (~fatalisme). Het belang van ieders autonomie en recht zijn eigen leven te leiden werd meermaals benadrukt. Genieten van risicogedrag zoals roken was je eigen keuze![22]

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

2.3. STIMULI

Garcia et al.[13] ondervroegen de deelnemers van een colonkanker screeningsprogramma. Hier werd vooral het belang van advies en aanraden door de arts onderstreept. Bijkomende belangrijke factoren waren voorgaande positieve screeningservaringen en positieve ervaringen met het gezondheidszorgsysteem in het algemeen.
In de studie van Wilkins et al.[24] werd bevestigd dat 'aangeraden door de arts' de belangrijkste stimulus voor deelname was.

Ook voor mammografie werd medisch advies en steun door de arts als een voorwaarde gezien voor deelname aan screening.[19] Het advies van andere hulpverleners of vrienden en familie werd door één derde als belangrijk beschouwd. Ongeveer de helft van de deelneemsters vond ook vertrouwen in de gezondheidscentra, veiligheid en waardigheid belangrijk. De opluchting na screening en het gevoel goed voor zichzelf gezorgd te hebben werden als belonende factoren beschouwd. Ook was het belangrijk op tijd feedback te krijgen.[19]

Bij discussies tussen dertigjarige vrouwen in Stockholm werd de uitnodigingsbrief als sleutelelement in het motiveren beschreven.[25] De meeste van deze vrouwen waren zich niet bewust van het verband tussen Humaan Papilloma Virus (HPV) en cervixcarcinoom en vonden dat deze informatie moest gegeven worden. Hoe dat precies moest, verschilde van vrouw tot vrouw: zij die niet eerder hadden deelgenomen aan screening stelden angstcampagnes voor, 'harde cijfers'. Ook werd geopperd dat, wanneer aan screening wordt deelgenomen, relevante informatie afgestemd op het individu belangrijk was. De karakteristieken van het personeel en de aard van de ontmoeting speelden evenzeer een rol. Vrouwen gaven ook suggesties om de pijn, de kwetsbaarheid en het ongemak te verminderen.
Flexibiliteit en keuze werden als belangrijke factoren beschreven: tijd, plaats en de keuze van hulpverlener. Het geslacht van die hulpverlener was van geen belang. Continuïteit was belangrijk, maar er was geen consensus over continuïteit in de vorm van de hulpverlener.

Een kritisch punt zou de eerste gelegenheid tot screening zijn. Er werd gesuggereerd dat een eerste speciale afspraak met meer tijd en ondersteuning deelname in de toekomst zou stimuleren.[25]
Sociale marketing werd als stimulans beschreven, met informatie via massa media en publiciteit, een belangijk voorbeeld daarvan is beroemdheden gebruiken in campagnes ('het een gezicht geven'). Daarnaast was het belangrijk die informatie al van kleins af aan te krijgen, vanaf schoolgaande leeftijd. Ouders zouden daarbij een belangrijke rol in kunnen spelen.[25]

Bonfill et al. vonden dat een uitnodigingsbrief, gepost educatief materiaal, een telefoontje en enkele gecombineerde acties (zoals brief + telefoon en training activiteiten plus reminders) allen het aantal deelnemende vrouwen aan borstkankerscreening leek te doen toenemen.[26] Het was echter niet geweten welke van deze opties het beste werkte. Andere interventies zoals een huisbezoek zouden geen voordeel hebben. Dit ging dus vooral over actieve strategieën. In vijf van de zeven vergelijkingen was het bewijs in het voordeel van de actieve strategieën ten opzichte van controlegroepen. Twaalf maanden na de uitnodiging was het aantal vrouwen dat een mammografie onderging significant groter in de groep die blootgesteld was aan een actieve interventie vergeleken met de controlegroep.[26]

Ook rond motiverende factoren voor deelname na vaccinatie werd onderzoek uitgevoerd. Hier werd vastgesteld dat, om de vaccinatiegraad te verhogen, interventies moesten gebeuren die de vraag van de patiënt verhogen en barrières overstijgen, zoals sterke aanbeveling door de arts, reminders en recall inspanningen. Voor maximaal effect kon men deze interventies best combineren in een veelzijdig immunisatieprogramma.[27]

2.4. SOCIO-DEMOGRAFISCHE FACTOREN

In het verleden werd al vaak aangetoond dat er een verschil was in deelname naargelang de sociaal-economische status, met een lagere participatie (en minder interesse) bij lagere sociaal-economische status. Volgens Wardle et al. had dit te maken met psychosociale factoren zoals meer stress en minder sociale ondersteuning, en cognitieve verklaringen zoals andere opvattingen en verwachtingen over risico en screening. Dit zou leiden tot ander gezondheidsgedrag (o.a. roken) en een andere *outcome*. Vreemd genoeg bleek, ondanks de lagere deelnamecijfers, de angst voor kanker hoger te zijn in deze groep. Mensen met een hogere sociaal-economische status, zouden meer voordelen zien, minder barrières of angsten hebben, minder fatalistisch zijn en dus meer interesse om deel te nemen vertonen.[28]

2.5. GEZONDHEIDSPROMOTIE EN GEDRAGSVERANDERING

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

De eerder genoemde kennis van en opvattingen over kanker zijn belangrijke componenten van theoretische modellen die proberen het gedrag te verklaren. Deze modellen veronderstellen dat mensen die meer voordelen en minder barrières ervaren meer waarschijnlijk screening zullen ondergaan, hoewel kennis en opvattingen op zich niet voldoende zijn om het gezondheidsgedrag van een persoon te verklaren. Een gekende voorbeeld is het Health Belief Model (HBM).[21]

Het HBM was één van de eerste, en blijft één van de best gekende sociale cognitie modellen. Het is een gedragsveranderings- en psychologisch model ontwikkeld in 1966 voor het bestuderen en promoten van het gebruik van gezondheidsdiensten. Oorspronkelijk was het model bedoeld voor het voorspellen van gedrag als respons op behandeling bij acuut en chronisch zieke patiënten, maar in de laatste jaren wordt het gebruikt voor het voorspellen van meer algemeen gezondheidsgedrag. Het HBM stelt dat je geloof in een persoonlijke dreiging samen met je geloof in de effectiviteit van het voorgestelde gedrag, de probabiliteit van dat gedrag voorspellen.[30]

Het gebruik van stadia-modellen om factoren die aan de grond liggen van gezondheidsgedrag te identificeren en om uiteindelijk het uitvoeren van gedrag te voorspellen, worden steeds

populairder.Een hedendaagse aanpak om individuele verandering in gedrag te begrijpen is het Transtheoretisch Model. Dit model, gebruikt voor verschillende preventieve gezondheidsgedragsverklaringen (vb rookstop), stelt voor dat mensen die zich engageren in een nieuw gedrag vijf stadia doorlopen: precontemplatie-contemplatie-voorbereiding-actie-onderhoud.De uitersten zijn meer stabiel, de tussenstadia zijn zeer dynamisch.[31] Het Transtheoretisch Model werd ontwikkeld in 1977. Het is gebaseerd op analyse en gebruik van verschillende theorieën van psychotherapie, vandaar de naam. Het bepaalt een individu's gereedheid om een nieuw gezondheidsgedrag te vertonen en voorziet strategieën, of processen van verandering om het individu hierin te leiden. In dit model is verandering een proces met vooruitgang via verschillende stadia. Ook is er steeds herval mogelijk, met terugkeer naar een lager stadium.[32]

2.6. BESLUIT

In de literatuur kwamen dezelfde barrières en stimuli regelmatig terug. Hieronder volgt een samenvatting van de motiverende factoren.
Vooral de arts speelt een een belangrijke rol. Over het algemeen is een goede arts-patiëntrelatie een grote motivans maar niet voldoende. De dokter moet de patiënt voldoende informeren waarbij hij zijn uitleg afstemt op de persoon die tegenover hem zit en zegt waarom voor deze nuttig zou zijn. Hierbij groeit het besef van eigen gezondheidsrisico's en krijgt men meer kennis van aandoeningen, preventie en voordeel van vroegdetectie.
Men is meer geneigd deel te nemen aan preventieve campagnes of onderzoeken indien ook de arts dit steunt. Dus hij moet het zijn patiënten aanraden en adviseren.
Een andere aansporende reden is goede ervaringen met preventie alsook sociale steun vanuit de omgeving. Men zal sneller een onderzoek herhalen indien het de vorige keer goed verlopen is en/of als familie en vrienden hierover enthousiast zijn.

In de literatuur staat dat actieve uitnodigingsstrategieën zoals een persoonlijke uitnodiging of herinnering krijgen meer zullen motiveren.

We hebben de meest genoemde redenen gebundeld en meegenomen naar de focusgroepen om na te gaan of ze ook van toepassing waren op onze populatie. De deelnemers hebben die dan aangevuld met hun eigen ideeën. Vervolgens hebben we alle stellingen samen genomen en aan de hand ervan een vragenlijst opgesteld. Op die manier heeft de literatuurstudie een belangrijke bijdrage geleverd aan ons voorbereidend onderzoek.
Bovendien bracht het ons ook op ideeën voor de analyse van de problemen en mogelijke oplossingen in de discussie.

3. METHODE

3.1. Methode Focusgoepen

Om een volledig overzicht te krijgen van mogelijke, beïnvloedende factoren, werd de literatuurstudie aangevuld met een focusgroep.
Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode die vaak gebruikt wordt als eerste stap bij het opstellen van een vragenlijst. Het is een spontane, open groepsdiscussie over een bepaald onderwerp, die in goede banen wordt geleid door een moderator. De deelnemers denken luidop, uiten hun meningen, gedachten en ideeën en komen tot nieuwe inzichten. Door de interactie met anderen gaat dit mogelijks makkelijker en krijgt de onderzoeker een duidelijker beeld van de behoeften, motieven, percepties en attitudes van de doelgroep.
In plaats van ons louter op de literatuurgegevens te baseren, gaven wij ons onderzoek een meerwaarde aan de hand van deze input van onze patiënten en de afremmende en motiverende factoren exploreren die in onze populatie leven.

Het onderwerp van onze focusgroep was de deelname aan het preventieconsult. Rekening houdend met de uiteenlopende origines van onze patiëntenpopulatie, waarvan slechts een minderheid Nederlands spreekt, werd besloten twee focusgroepen te organiseren waarbij er één in het Frans gebeurde en de andere in het Engels. Enkel de Nederlandstalige patiënten die het Frans en/of het Engels voldoende beheersten, werden uitgenodigd. Zij mochten dan zelf kiezen aan welk van de twee focusgroepen ze zouden deelnemen. De patiënten werden ook nog gerecruteerd aan de hand van hun leeftijd (tussen 45 en 75 jaar). Voor de deelname aan de focusgroepen was het niet belangrijk of men al dan niet op preventieconsult was gekomen. In totaal werden 49 personen telefonisch uitgenodigd. Zij kregen uitleg over het doel en het verloop van de focusgroep. Er werd benadrukt dat hun deelname volledig vrijwillig was en geen invloed zou hebben op de arts-patiëntrelatie. Na deze uitleg werd hen gevraagd een informed consent te tekenen (Bijlage 4).
In augustus 2012 kwamen twintig volwassenen met een leeftijd tussen 45 en 75 jaar bijeen om deel te nemen aan een focusgroep.

De focusgroepen werden door één van ons en een vaste arts in de praktijk begeleid en gesuperviseerd. De discussies duurden ongeveer twee uur en werden zowel gefilmd als opgenomen op geluidsband.
Eerst werd de uitleg over het doel en het verloop van de focusgroep herhaald en nadien vier fictieve casussen (cfr. Bijlage 5) voorgesteld. Elke casus omvatte een korte schets van een persoon met een kleine voorgeschiedenis en de vermelding of de persoon al dan niet op preventieconsult was gekomen. De deelnemers werden aangespoord luidop na te denken en te zeggen wat volgens hen bepalende factoren waren.

De opnames van deze focusgroepen werden door ons onafhankelijk bekeken en beluisterd en de aangehaalde argumenten van de patiënten gedetailleerd genoteerd. De resultaten werden samengelegd en samen met het resultaat van de literatuurstudie gebruikt om de vragenlijst op te stellen.

3.2. Methode Vragenlijst

Aan de hand van de stellingen teruggevonden in de literatuur en aangebracht tijdens de focusgroepen werd de vragenlijst opgesteld.
De vragenlijst zelf was anoniem maar voor de respons leek het ons interessant om ook enkele sociodemografische gegevens na te gaan. Er werd ook gevraagd naar hun leeftijd, geslacht, origine (m.n. eigen geboorteland maar ook dat van hun ouders om zo een onderscheid te kunnen maken tussen eerste en tweede generatie migranten), hun religie, hun opleidingsniveau en de huidige woonsituatie. De bedoeling van deze laatste vraag was nagaan of men schoolgaande kinderen had en of deze een invloed zouden hebben op de komst.

Vanuit de literatuur en de focusgroepen werden zo 22 frequent aangehaalde factoren geëxtraheerd die motiverend kunnen zijn om op preventieconsult te komen. Het liefste hadden we deze 22 stellingen apart bevraagd maar het leek ons beter om de vragenlijst te beperken tot één blad rectoverso. Hiervoor was het nodig om bepaalde stellingen, die in dezelfde lijn lagen, te groeperen. In bijlage 6 kan u terugvinden hoe we deze stellingen hebben samengenomen.

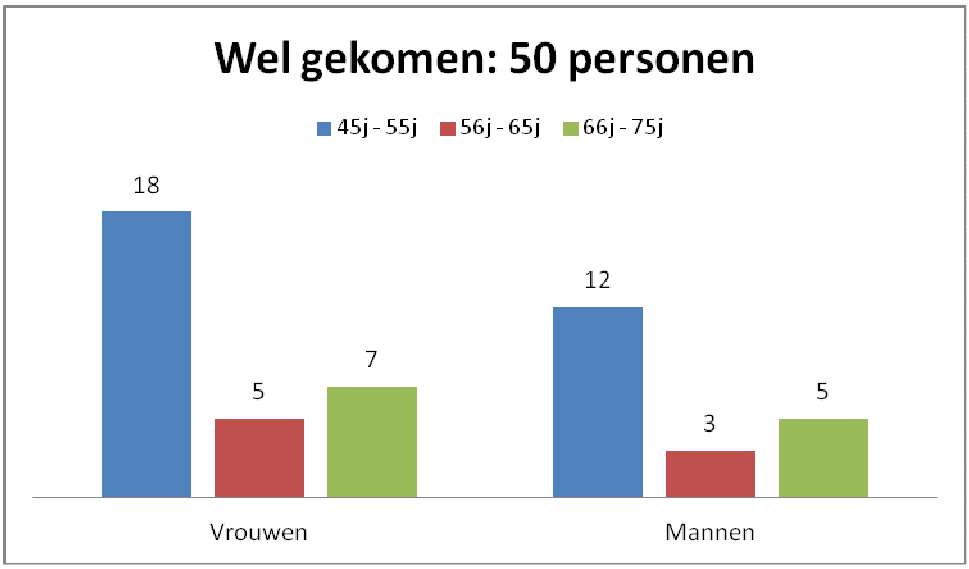
Door stellingen te groeperen, wisten we dat we geen gedetailleerde antwoorden zouden krijgen maar het zou ons wel een algemeen overzicht geven en we meenden dat we er op deze manier ook de belangrijkste factoren konden uithalen.
De definitieve vragenlijsten telde dertien stellingen met op het einde nog een extra alinea ‘andere’ waarop de deelnemer nog een eigen suggestie of reden kon noteren.

Aan de respondenten werd gevraagd voor elke stelling het relatieve belang ervan in zijn beslissing tot deelname aan te geven. Hiervoor kozen we voor een vierpunten- Likertschaal, waarbij de waarde het volgende betekende:

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

Om onze vragenlijst te valideren werd deze ook nog goedgekeurd door een panel van vier experten. Elk van deze experts zijn nauw betrokken bij preventie, gezondheidspromotie en/of gedragsverandering. Twee huisartsen werden gevraagd de vragenlijst na te kijken. Eén van hen is arts in onze praktijk. Zij kent onze patiëntenpopulatie en komt veel in contact met preventie, onder andere door haar deeltijds werk als arts in een family planning. De andere huisarts deed onderzoek naar colorectale kankerscreening en schreef mee aan de richtlijn van Domus Medica.
We gingen eveneens ten rade bij een verpleegster-diabeteseducator. Zij wordt dagelijks geconfronteerd met barrières tot gedragsverandering en gezondheidspromotie. En ten slotte legden we onze enquête voor aan een antropologe die recent in onze praktijk een onderzoek deed naar HIV-screening.
Zij bekeken elk apart de kladversie en gaven hun opmerkingen door. Er werd zoveel mogelijk rekening gehouden met hun mening en waar nodig werd de vragenlijst aangepast.
De uiteindelijke vragenlijst vindt u terug in bijlage 7.

Vervolgens stelde men de patiëntengroep op naar wie de vragenlijsten zouden verstuurd worden. Aangezien er van de 780 patiënten tussen de 45 en 75jaar slechts 50 op preventieconsult zijn gekomen, kregen ze ook allemaal de vragenlijst. In totaal werd de enquête verstuurd naar 30 vrouwen (60%) en 20 mannen (40%) (figuur1)



Figuur 1

De vragenlijsten werden per post verstuurd in november 2012. In de enveloppes zat een informatieve brief, de vragenlijst en een niet-gefrankeerde antwoord-enveloppe. In januari 2013 werd een herinnering met een nieuwe vragenlijst rondgestuurd.

22 van de vijftig (respons-ratio 44%) enquêtes werden ingevuld teruggestuurd. Omdat dit een te kleine sample was om een statistische analyse op uit te voeren besloten we de antwoorden in Excell te brengen en de resultaten te beschrijven.
Eerst bekeken we het algemene beeld door te tellen hoe vaak een stelling werd gequoteerd als belangrijk tot zeer belangrijk, d.i. aangeduid met een 2 of 3 op de Likertschaal in de vragenlijst. Nadien werd een onderverdeling gemaakt van de populatie die had geantwoord. Deze werd verdeeld in verschillende subgroepen om zo de groepen met elkaar te kunnen vergelijken en verschillen of overeenkomsten te ontdekken.
We bekeken de populatie per geslacht (mannen vs vrouwen), per origine, per leeftijdsgroep (45-55j vs 56-65j vs 66-75j), per gezinssituatie (samenwonend of alleenstaand met kinderen vs samenwonend of alleenstaand zonder kinderen) en per opleidingsniveau (geen diploma of van lager secundair vs hoger secundair of voortgezet onderwijs). Zowel de vrouwen als de mannen werden ook nog onderverdeeld en vergeleken per leeftijdscategorie.

4. RESULTATEN

4.1. Resultaat Focusgroepen

4.1.1. Sociodemografische gegevens

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

4.1.2. Stellingen

Tijdens de focusgroepen viel het op dat het eigenlijk niet gemakkelijk was om motiverende factoren te bedenken.

De voornaamste reden volgens de deelnemers was het zich bewust zijn van zijn eigen risico's en de kennis dat bepaalde familiale aandoeningen erfelijk kunnen zijn, zoals borstkanker en diabetes. Dit besef werd in beide discussiegroepen meerdere keren herhaald.

Een andere reden die regelmatig terug kwam was het geslacht van de patiënt. *"Vrouwen zijn eerder geneigd om voor hun lichaam te zorgen en zullen dus ook sneller op preventieconsult komen."* Dit zien we ook bij ons in de praktijk. 60% van de mensen die op preventieconsult zijn gekomen, zijn vrouwen. Eén deelnemer merkte in dit verband op dat het vooral de moeders zijn die met hun kind naar de arts gaan bij ziekte of voor vaccinaties. Hierdoor komen zij ook veel meer in contact met gezondheidszorg en hebben zij vermoedelijk meer kennis van de preventieve mogelijkheden.
De mannen, die volgens de traditionele rolverdeling vooral instaan voor het werk, worden hiermee veel minder geconfronteerd. Al zouden mannen minder deelnemen, men was er wel van overtuigd dat hun vrouwen hier invloed op kunnen hebben.

De leeftijd van de patiënt speelde een belangrijke rol. *"Hoe ouder je wordt, hoe meer je voelt dat je lichaam begint af te takelen"* . Men zei ook dat oudere mensen meer tijd hebben om te komen. Hierop gaven we de opmerking dat in onze praktijk tot dan toe echter meer jongere patiënten op preventieconsult waren gekomen (62% viel in de leeftijdsgroep 45-55j en slechts 22% in de groep 66-75jaar). Dit zou, volgens de deelnemers, te verklaren zijn door het bewustzijn en besef van risico's en ziektes of het verantwoordelijkheidsgevoel voor zijn gezin. *" Als je twee kinderen hebt, dan wil je er zo lang mogelijk voor hen kunnen zijn en moet je er dus voor zorgen dat je ook zo lang mogelijk gezond blijft."*

De aanwezigheid van klachten of symptomen en angst voor bepaalde aandoeningen, zouden ook beweegredenen zijn om op preventieconsult te komen. Personen die al een ziekte hebben, zoals hypertensie of diabetes, zouden sneller voor preventief advies langskomen. *" De dame in de casus lijdt al aan een aandoening en wil vermijden dat ze er nog een krijgt, daarom komt ze voor advies bij de huisarts."*

Geïnteresseerd zijn in preventie en meer informatie willen krijgen over een gezonde levensstijl of over bepaalde aandoeningen konden eveneens een stimulans zijn. Sommige patiënten weten dat er ziektes zijn die beter te behandelen zijn naarmate men ze vroeger detecteert en dat zou ook een reden zijn om op preventieconsult te komen. Deze reden hangt nauw samen met de kennis van zijn eigen (verhoogde) gezondheidsrisico's.

De angst om ziek te worden kon ook beschouwd worden als een reden om te komen net zoals de angst voor het resultaat, meer bepaald schrik om ziek te zijn en het niet te weten. *"Iemand die ongerust is dat hij of zij een verhoogde bloeddruk heeft, zal ook sneller naar dit preventieconsult komen dan iemand die hiervoor geen schrik heeft."* Iemand die klachten of symptomen vertoont, zou om dezelfde reden ook sneller een afspraak nemen voor het preventieconsult. Er werd door één deelnemer gezegd dat sommige personen misschien op preventieconsult komen in de hoop op advies en tips om zo van hun chronische aandoening te genezen.

Een andere reden die soms vernoemd werd, was een persoonlijke uitnodiging door de huisarts of een reminder aan het preventieconsult. *"Misschien is die jonge man op preventieconsult gekomen omdat zijn huisarts het hem heeft voorgesteld, ook al heeft hij geen klachten of een relevante familiale voorgeschiedenis."*

Het vertrouwen in de arts en een goed contact met hem bevorderde de deelname aan het preventieconsult. Eén persoon vermeldde dat een patiënt misschien zelfs op preventieconsult zou komen om zijn huisarts een plezier te doen.

In onze praktijk werden de preventieconsulten enkel door de HAIO's gegeven dus de patiënten konden hiervoor niet bij hun vaste arts terecht. Dit had volgens de deelnemers van de beide focusgroepen echter geen invloed op hun beslissing wel of niet te komen.

Er werden nog een aantal stellingen vermeld door één van de deelnemers zoals niet vrezen voor extra financiële kosten en zieke mensen in zijn eigen, dichte, omgeving hebben.

Een volledig overzicht van de aangehaalde argumenten kan u terug vinden in Bijlage 8.

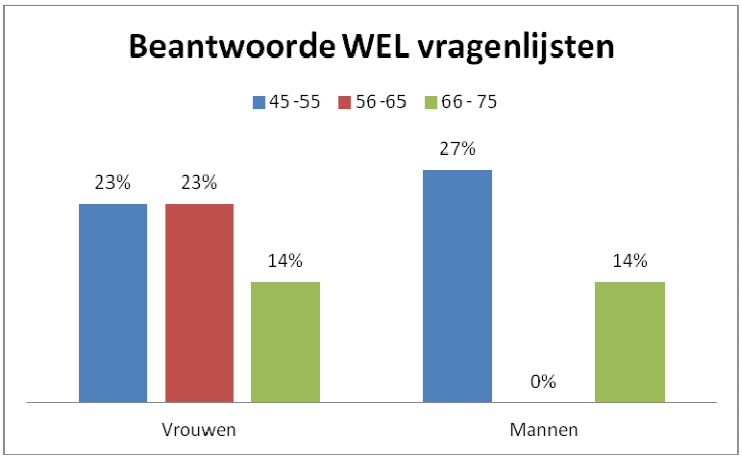
4.2. Resultaten Vragenlijst

4.2.1. Sociodemografische gegevens

In de periode tussen midden november 2012 en einde februari 2013 kregen we 22 (respons ratio: 44%) van de 50 verstuurde vragenlijsten terug. Dertien (59,1%) ervan waren beantwoord door een vrouw en negen (40,9%) door mannen. De leeftijdsverdeling was als volgt: elf (50%) door personen met een leeftijd tussen 45-55jaar, vijf (22,7%) tussen 56-65jaar en zes (27,312%) tussen 66-75jaar. Er was een grote variatie aan origines: vier (18,2%) vragenlijsten waren beantwoord door Belgen, zeven (31,8%) door mensen van Filipijnse komaf, zes (27,3%) van Marokkaanse en één (4,5%) door een patiënt met Turkse roots.
Wat betreft het opleidingsniveau van de personen die de vragenlijst hadden beantwoord, had 27,3% geen diploma of een diploma van lager secundair onderwijs, 36,4% diploma hoger secundair en nog eens 36,4% had genoten van een verdere opleiding.

De meesten (63,6%) woonden samen met hun partner en kinderen, 13,6% enkel met hun partner en 9% enkel met hun kinderen, de overige 9% woonden alleen.

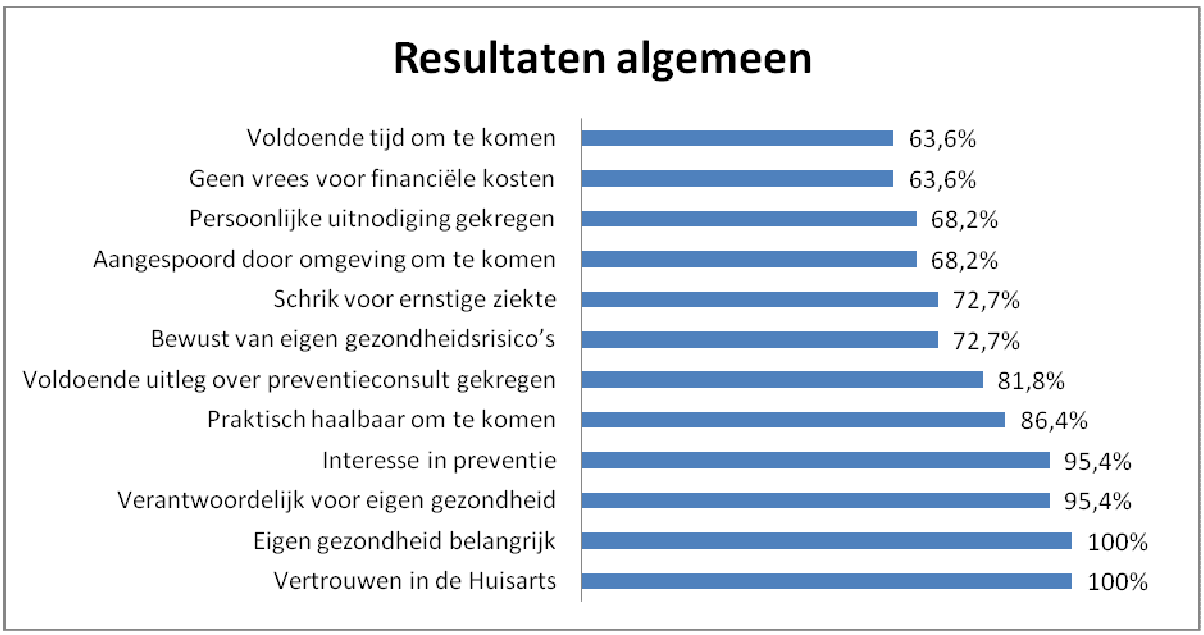
In Figuur 2 ziet u de demografische verdeling van de personen die de vragenlijst hebben ingevuld.



Figuur 2

4.2.2. Stellingen

Bij het overlopen van de antwoorden valt op dat de stellingen een zeer positieve ondertoon hebben. Vermoedelijk heeft dit een invloed op de antwoorden. De personen die de vragenlijsten ingevuld hebben, vulden bij de meeste stellingen in dat ze belangrijk of zeer belangrijk zijn. Ze werden dan ook vaak met een 2 of 3 gescoord.
Uit het algemeen overzicht (figuur 3) van de antwoorden zijn er vier stellingen die door iedereen als belangrijk of zeer belangrijk worden aangeduid:



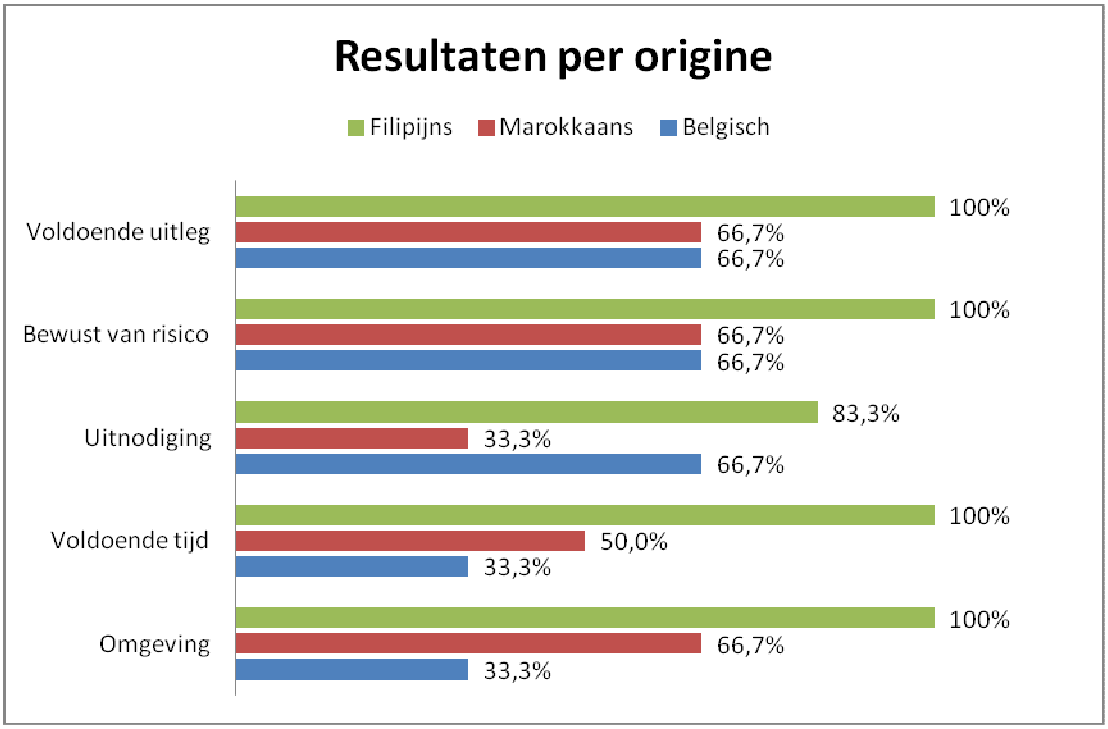
Figuur 3

Het eerste was het vertrouwen in de huisarts. De goede band die men met hem of haar heeft, is een grote motivator om op preventieconsult te komen. Door zijn kennis van het dossier kent hij de

aandachtspunten van de patiënt en dat spoort de mensen aan. Deze stelling werd door de 22 personen (100%) hoog gequoteerd. De tweede stelling die even belangrijk bleek, was het feit dat men zijn of haar eigen gezondheid als erg belangrijk beschouwt.
Men acht zichzelf ook verantwoordelijk voor zijn of haar eigen lichaam om gezond te zijn en te blijven. Dit werd door 21 personen (95,4%) als een voorname reden aangeduid, net zoals de interesse in gezondheid en preventie.
De meerderheid (86,4%) antwoordde dat het ook praktisch haalbaar was om te komen, dit wil zeggen dat ze geen praktische problemen hadden zoals transport, opvang voor de kinderen,... om naar de praktijk te komen. Deze factor was blijkbaar ook belangrijker dan voldoende tijd hebben, beantwoord door “slechts” 63,6% van de personen. Hieruit blijkt dat als het op de gezondheid aankomt, men daar wel tijd voor kan maken. Het zich bewust zijn van de eigen gezondheidrisico’s, op basis van familiale aandoeningen, eigen ziektes of klachten, en de schrik om kanker of een andere ernstige ziekte te krijgen speelden ook een rol bij de deelname aan het preventieconsult, deze stellingen werden door 72,7% aangeduid als belangrijk.
Achttien personen (81,8%) gaven aan dat het op voorhand krijgen van voldoende uitleg over het preventieconsult en de inhoud ervan voor hen een extra motivans was om te komen.

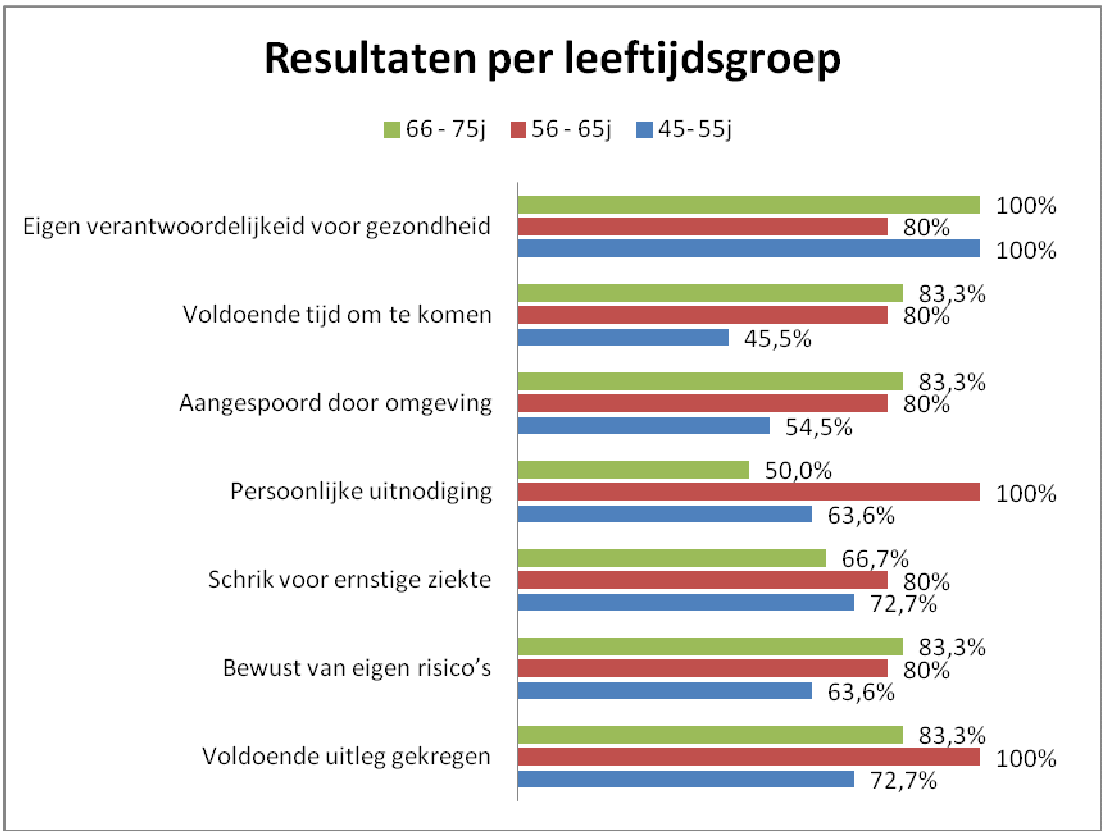
Er werd ook gekeken naar de antwoorden per origine, en meer bepaald een vergelijking gemaakt tussen de mensen met Belgische, Marokkaanse of Filipijnse afkomst omdat deze de grotere groepen vormden.
Uit deze vergelijking vormen dezelfde stellingen als hierboven de top vier maar er zijn een aantal verschillen tussen de origines. Over het algemeen werden alle stellingen in de Filipijnse groep als erg belangrijk beschouwd en hoger gequoteerd dan in de twee andere groepen. De stellingen ‘ besef van eigen gezondheidrisico’s’ en ‘ het op voorhand voldoende uitleg hebben gekregen’ werden elk door 100% van de Filipijnen gezien als erg belangrijk, in de twee andere groepen was dit telkens 66,7%. Er was ook een verschil wat betreft het tijdsaspect. 100% van de Filipijnen zegden voldoende tijd te hebben gehad om te komen in tegenstelling tot slechts 50% van de Marokkaanse en 33,3% van de Belgische respondenten. Hetzelfde gold voor de aansporing vanuit de omgeving (100% in de Filipijnse groep vs 66,7% in de Marokkaanse en 33,3% in de Belgische) en het belang van een persoonlijke uitnodiging (83,3% vs repectievelijk 33,3% en 66,7%).
Een overzicht van de vergelijking per origine vindt u terug in Figuur 4.

De vergelijking per religie bracht hetzelfde resultaat op. De 2 grote groepen waren het katholiek geloof, vertegenwoordigd door de mensen met Filipijnse of Belgische oorsprong, en de moslim, dus zij van Marokkaanse.



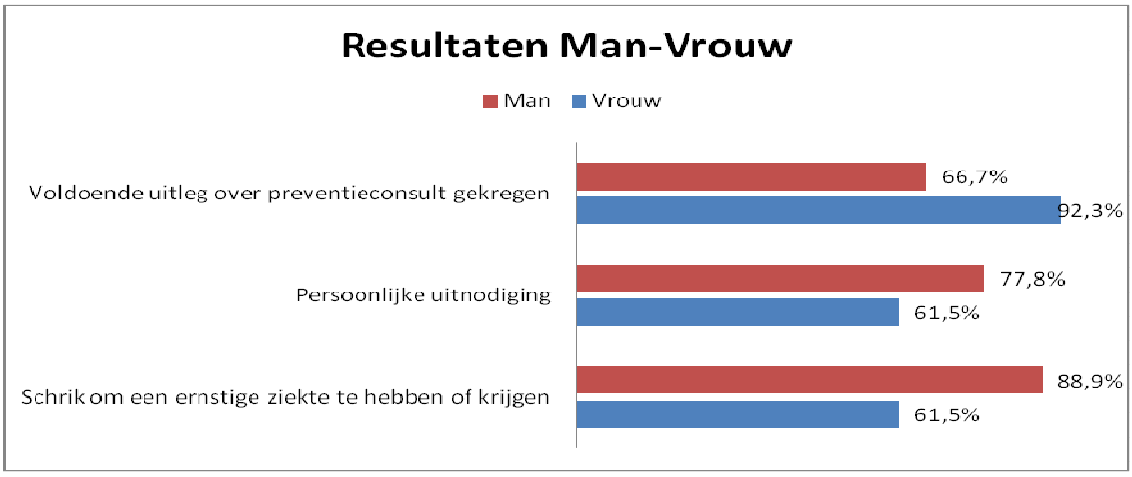
Figuur 4

Bij het vergelijken van de antwoorden per leeftijdscategorie, werd door de twee oudste groepen (56-65j en 66-75j) gezegd voldoende tijd te hebben gehad om te komen (respectievelijk 80% en 83,3%) waar dit niet zo was voor de jonge mensen met een leeftijd tussen 45 en 55j (45,5%). Deze constatatie komt overeen met de bevindingen uit de literatuur.
Opmerkelijk was echter dat er door de oudste groep minder belang gehecht werd aan de schrik voor kanker of andere ernstige ziekte. Deze stelling scoorde hoger in de twee jongere groepen (66,7% bij 66-75j vs 72,7% bij 45-55j en 80% bij 56-65j) Het zichzelf bewust zijn van de eigen risico's scoorde dan weer lager in de jonge populatie (63,6% vs 80% bij 56-65j en 83,3% bij 66-75j).
De middenste groep met de leeftijd tussen 56-65j hechtte meer belang aan de factoren die een taak van de huisarts zijn, met name een persoonlijke uitnodiging of herinnering en op voorhand voldoende uitleg krijgen. Beide stellingen werden in deze leeftijdsgroep door 100% van de antwoorders als belangrijk of zeer belangrijk aangeduid. In de jongste en de oudste was dit een minder invloedrijke factor.
De aansporing vanuit de omgeving werd door de jongste groep minder vaak gescoord met een "2" of "3" (54,5%) dan in de twee oudere groepen (80% en 83,3%).
De vergelijking per leeftijdscategorie vindt u terug in figuur 5.



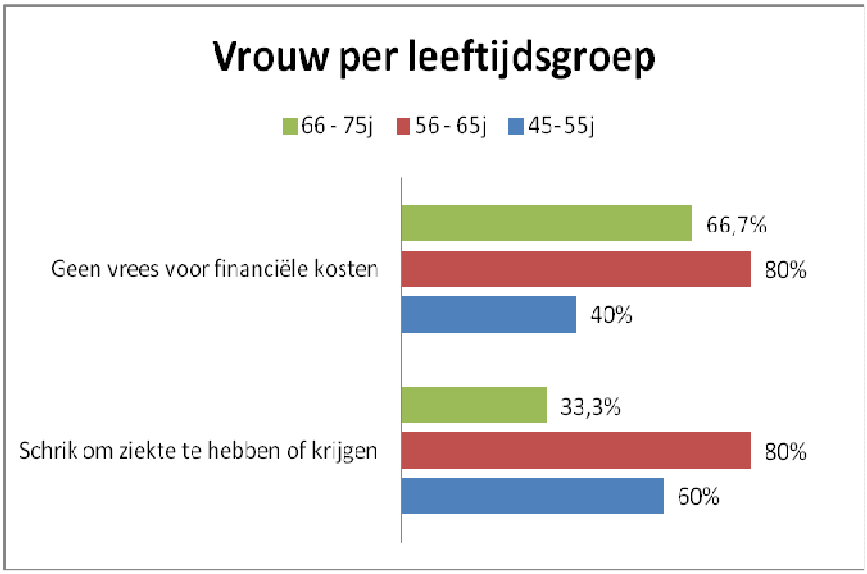
Figuur 5

In een volgende vergelijking werden de antwoorden van de vrouwen en mannen tegenover elkaar gezet.
Het opvallendste was dat de angst om een ernstige ziekte te hebben of te krijgen bij mannen zwaarder doorwoog op hun beslissing om te komen dan bij vrouwen (88,9% vs 61,5%, zie figuur 6)
Mannen hechtten iets meer belang aan een persoonlijke uitnodiging en/of herinnering dan vrouwen (77,8% vs 61,5%) waar dan weer de vrouwen het op voorhand uitleg over het preventieconsult krijgen iets belangrijk vonden dan mannen (92,3% vs 66,7%)
Er was geen verschil tussen beide geslachten wat betreft de praktische haalbaarheid en het voldoende tijd hebben om te komen.



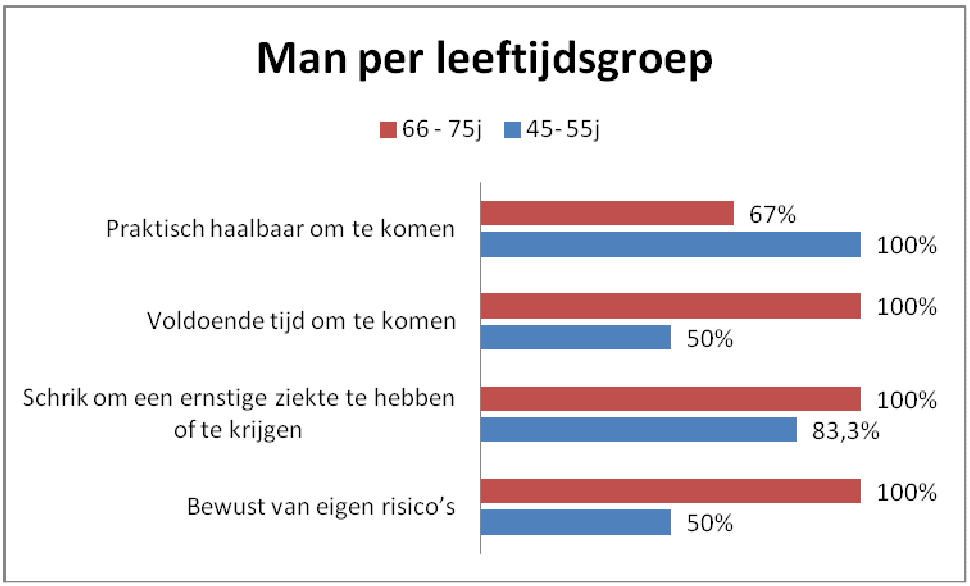
Figuur 6

Ook de vrouwen van de verschillende leeftijdscategorieën werden met elkaar vergeleken (zie figuur 7). Dit was echter geen correcte vergelijking omdat er slechts 3 vrouwen uit de groep 66-75jaar hadden geantwoord. De enige opmerkelijke vaststelling was dat de middelste vrouwelijke groep (80%) aangaf meer schrik te hebben om een belangrijke ziekte te hebben of te krijgen, vergeleken met de oudste (33,3%) en de jongste (60%) groep.
De beide oudere groepen hadden geen of minder vrees voor eventuele extra financiële kosten dan de jongere groep (80% bij 56-65j en 66,7% bij 66-75j vs 40% bij 45-55j).



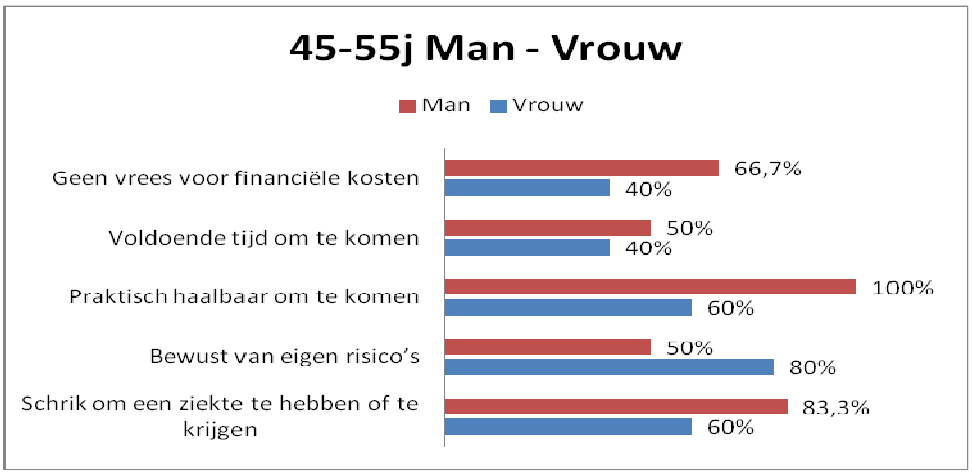
Figuur 7

Voor de mannelijke populatie werd dezelfde vergelijking gemaakt (Figuur 8) maar hier was er geen antwoord van de groep tussen 56 en 65j. De oudste groep, met een leeftijd tussen 66 en 75jaar, duidden vaker aan zich bewust te zijn van de eigen gezondheidsrisico's, door eigen klachten of aandoeningen. Ze hadden ook meer schrik om een ernstige ziekte te hebben of te krijgen dan de jonge mannen. Beide stellingen werden door 100% van de oudere mannen als belangrijk beschouwd en slechts 50% van de jonge. Voor de oudste groep was tijd minder een probleem dan voor de jongeren (100% vs 50%) maar voor deze laatste groep was het praktisch gemakkelijker om te komen (100% van de jonge mannen vs 66.7% van de ouderen).



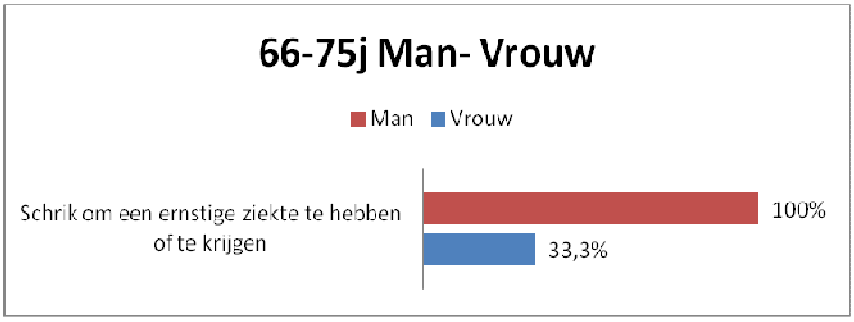
Figuur 8

Omdat er ongeveer evenveel mannen als vrouwen met een leeftijd tussen 45 en 55jaar hadden geantwoord, was het nuttig om deze ook eens naast elkaar te leggen (figuur 9).
Bij deze vergelijking bleek, net zoals hierboven al beschreven, dat mannen meer schrik hadden een ernstige ziekte te krijgen dan vrouwen (83,3% vs60%) hoewel meer vrouwen aangaven zich bewust te zijn van eigen risico's (80% vs 50% bij de jonge mannen).
Voor de jonge mannen was het praktisch handiger om te komen dan de jonge vrouwen (100% vs 60%) maar beide groepen gaven een lage score aan de stelling ' voldoende tijd om te komen' (50% bij de mannen en 40% bij vrouwen).
Er werd meer belang gehecht aan een persoonlijke uitnodiging of herinnering en aan aansporing vanuit de omgeving door de mannen uit deze leeftijdsgroep. Beide stellingen scoorden bij hen 83,3%. Bij de vrouwen lagen deze percentages lager: 60% wat betreft de persoonlijke uitnodiging of herinnering en 40% voor de aansporing vanuit de omgeving.
Het viel op dat vrouwen zich meer zorgen maakte over de eventuele financiële kosten dan mannen. Slechts 40% van de vrouwelijke groep zei geen angst hiervoor te hebben terwijl dit bij de mannen 66.7% was.



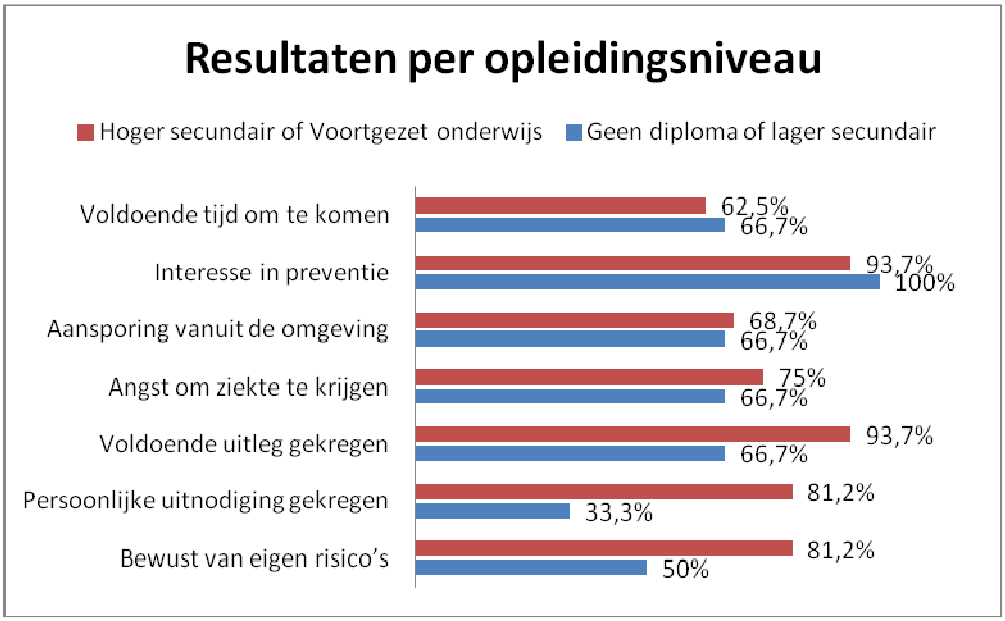
Figuur 9

Voor de groep 66-75jaar werd dezelfde vergelijking gemaakt (figuur 10).
Ook hier keerde dezelfde trend terug, namelijk dat de mannelijke deelnemers de angst om een ernstige ziekte te hebben of te krijgen een belangrijkere motiverende factor vonden dan de vrouwelijke (100% vs 33,3%)



Figuur 10

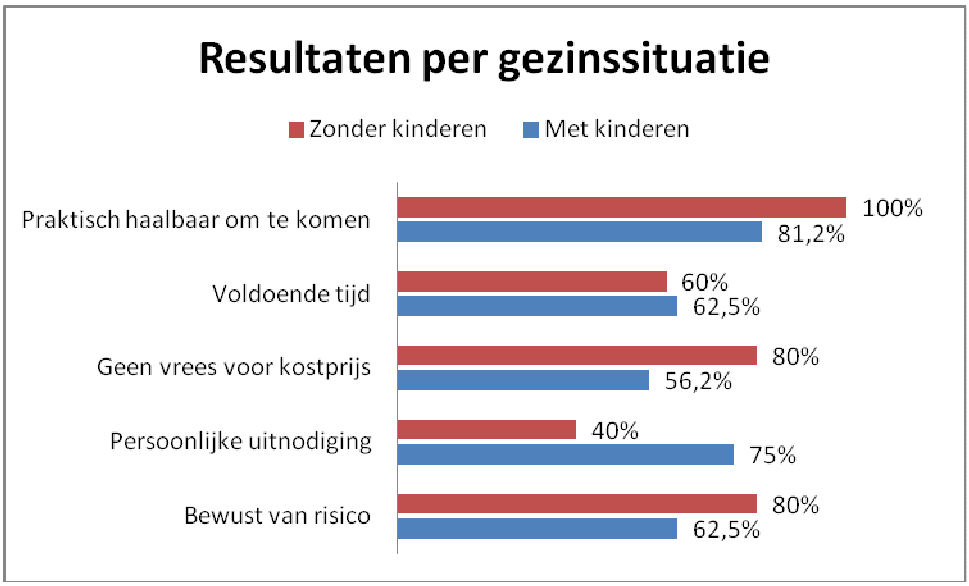
Ondanks het grote verschil in aantal tussen beide groepen, werden de antwoorden van de groep zonder diploma of diploma lager secundair toch vergeleken met de groep met een diploma hoger secundair of voortgezet onderwijs (Figuur 11).
Bij deze vergelijking kwamen er enkele verschillen naar boven, bijvoorbeeld het belang dat men hechtte aan een persoonlijke uitnodiging of herinnering. Dit werd in de groepen met een hogere opleiding hoger gequoteerd dan bij hen met een lager of geen diploma (81,2% vergeleken met 33,3%). Hetzelfde werd gezien voor de stelling van het besef van eigen gezondheidsrisico's (81,2% bij de hoger opgeleiden vs 50% van de lager opgeleiden) en voor de waarde van voldoende uitleg gekregen te hebben (93,7% vs 66,7%). Wat betreft de angst om een ziekte te krijgen, aansporing vanuit de omgeving en interesse was er geen groot verschil.



Figuur 11

Tenslotte werd er ook een onderverdeling op basis van de gezinssituatie gemaakt en werden de antwoorden van de personen met kinderen vergeleken met die van de mensen zonder (Figuur 12). Het zichzelf bewust zijn van eigen gezondheidsrisico's werd bij de personen zonder kinderen hoger gequoteerd dan bij hen met kinderen (80% vs 62,5%).

Er was geen groot verschil in het belang van tijd (62,5% met kinderen en 60% zonder) en praktische haalbaarheid tussen mensen met of mensen zonder kinderen(81,2% en 100%).
75% van de mensen met kinderen zegden te zijn gekomen omdat ze een persoonlijke uitnodiging of een herinnering hadden gekregen, bij de mensen zonder kinderen was dit 40%.
Bij deze laatste groep was er ook minder vrees voor financiële kosten dan bij de mensen met kinderen (80% vs 40%).



Figuur 12

5. DISCUSSIE

5.1. Opvallende punten

Uit de resultaten van onze vragenlijst blijkt dat vier factoren een erg motiverende invloed hebben gehad op de beslissing om op preventieconsult te komen. De voornaamste zijn het vertrouwen in de huisarts en zijn kennis van de persoonlijke aandachtspunten van de patiënt en, ten tweede, het belang van de eigen gezondheid. De eigen verantwoordelijkheid voor lichaam en gezondheid en de interesse in preventie worden eveneens als belangrijk beschouwd.

Bij de eerste stelling speelt het elektronisch medisch dossier (EMD), en het correct gebruik ervan, een belangrijke rol. Een goed bijgehouden EMD helpt je een overzicht te houden van de voorgeschiedenis en de huidige aandoeningen van de patiënt. Door het invullen van belangrijke elementen van de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis, kan de arts de aandachtspunten van de patiënt gemakkelijker uit het dossier halen. Een preventiemodule, zoals nu aangeboden in het GMD+, helpt de arts een bilan op te maken van de risico's van de patiënt en van de preventieve onderzoeken die al gebeurd zijn. Tools zoals pop-ups bij het openen van een dossier kunnen hier een grote hulp zijn bij het denken aan en uitvoeren van preventieve acties, waaronder ook het preventieconsult.[34]

Het belang van de eigen gezondheid en de verantwoordelijkheid die men zelf heeft om hiervoor te zorgen zijn twee stellingen die een beetje samenhangen.
Dat de gemiddelde man of vrouw zijn gezondheid belangrijk vindt, is vrij evident en gezondheid wordt beschouwd als één van de voorwaarden voor een gelukkig leven, dat werd ook in de focusgroepen en de literatuur[33] vermeld. We worden steeds ouder en de kwaliteit van dit lange leven is minstens even belangrijk als de duur. De verantwoordelijkheid om zijn gezondheid te bevorderen of te behouden ligt natuurlijk niet enkel bij de patiënt. De huisarts speelt hierbij evenzeer belangrijke rol en kan hem of haar hierbij begeleiden. Ook de media en de overheid kunnen hier hun krachten bundelen om zo goed en zoveel mogelijk informatie te geven en de arts in zijn taak te steunen.

Interesse in preventie werd regelmatig in de focusgroepen als stimulans vermeld en kwam ook als een belangrijke factor naar voren. Mensen, met of zonder klachten, kunnen op preventieconsult komen omdat ze graag meer informatie willen over bepaalde aandoeningen, over een gezonde levensstijl of preventie. Tijdens het consult krijgen zij ook tips wat te doen om voor zijn lichaam te zorgen.

Uit dit onderzoek blijkt dat een uitnodiging krijgen niet de belangrijkste reden was om te komen. In het verwant deel van dit onderzoek, namelijk het deel waarin we op zoek gingen naar de factoren die een invloed hebben op de beslissing niet op preventieconsult te komen, is echter de grootste barrière geen uitnodiging of herinnering gekregen hebben.
Het is logisch dat men, zonder uitnodiging en of reminder, niet komt omdat men dan ook niet op de hoogte is maar het zou geen doorslaggevende factor zijn. Deze bevinding wordt ook in de literatuur beschreven.[25-26] Meerdere keren wordt hierin aangehaald dat een uitnodiging onontbeerlijk is voor deelname maar niet genoeg om effectief het preventief onderzoek uit te voeren. Hiervoor zijn andere bijkomende stimuli nodig, zoals ook werd geconcludeerd uit de antwoorden van de vragenlijsten.

Een uitnodiging is dus, hoewel niet doorslaggevend, wel cruciaal voor de respons. Wij hadden voor ons onderzoek een algemene uitnodigingsbrief rondgestuurd naar iedereen tussen 45 en 75jaar en slechts 50 personen op preventieconsult gekregen. Volgens de literatuur zou dit onder andere te verklaren kunnen zijn door het onpersoonlijke van zo'n brief. De patiënten voelen zich door het algemene ervan minder aangesproken. Actievere strategieën, zoals telefonisch uitnodigen en reminders sturen, zouden een hogere respons geven.[20,25-26]
Een gepersonaliseerde uitnodiging zou nog meer motiveren.[15,33] of het persoonlijk advies door de huisarts, waarbij hij zijn uitleg afstemt op de persoon die voor hem zit en zijn aandachtspunten en barrières kent. [13,19,24]

Volgens de deelnemers van de focusgroepen zouden er meer oudere patiënten (66-75j) op preventieconsult komen, enerzijds omdat deze groep hiervoor meer tijd heeft maar anderzijds ook omwille van hun leeftijd en de bijhorende gezondheidsproblemen. Men veronderstelt dat iemand van 66jaar over het algemeen meer klachten heeft dan iemand van 46jaar en daarom meer besef zal hebben van eigen gezondheidsrisico's maar misschien ook meer schrik om een ziekte te krijgen.
Dit besluit van de discussiegroep werd vergeleken met de leeftijdsverdeling van de groep die op preventieconsult is gekomen (bijlage 3) en met de resultaten van de vragenlijsten (Figuur 5).
Uit deze vergelijking kwamen er toch een aantal contrasten naar boven.

Bij het uitvoeren van de preventieconsulten was al vastgesteld dat eerder de jongere patiënten kwamen, 62% 45-55j tov 16% van 56-65j en 22% 66-75j, en vooral zij die zichzelf al goed verzorgen. Deze bemerking werd ook in de focusgroep besproken en men kwam tot de volgende mogelijke verklaringen. Enerzijds zullen de jonge mensen die gekomen zijn zich meer interesseren in preventie en anderzijds hebben ze een groter verantwoordelijkheidsgevoel voor de eigen gezondheid dan de ouderen, wiens kinderen reeds volwassenen zijn en zijzelf zijn misschien ook al op pensioen. Mensen met een gezin en job moeten zichzelf wel goed verzorgen om geld in het laatje te brengen en te kunnen zorgen voor hun kinderen, en soms ook voor hun ouders.
Bij het toetsen van deze laatste mogelijke verklaring in de antwoorden van de vragenlijsten kwam dit niet als dusdanig naar voren. Het verantwoordelijkheidsgevoel scoorde bij de 3 leeftijdscategorieën even hoog (Figuur 5). Er moet hier echter wel rekening gehouden worden met de kleine sample waarop dit onderzoek gebeurd is. Er zou misschien wel een groter verschil zijn bij een hogere respons-ratio.

Bij in de resultaten per leeftijdsgroep werd ook gekeken naar het verschil in angst voor ziekte en het bewust zijn van eigen gezondheidsrisico's. Zoals hierboven vermeld zouden deze twee stellingen hoger moeten scoren volgens de participanten van de focusgroepen. Maar het resultaat kwam niet overeen: meer oudere dan jonge mensen duidden aan zichzelf bewust zijn van hun gestegen kans op ziekte, maar de stelling van angst een ziekte te krijgen scoorde juist lager bij de ouderen en hoger bij de jongeren, en dit laatste is het omgekeerde van het verwachte antwoord.
Om hiervoor een uitleg te vinden, werd de groep die op preventieconsult was gekomen nog eens bestudeerd, want het waren deze mensen die de vragenlijsten hadden ingevuld. Zoals hierboven reeds vermeld, waren het vooral de gezonde jonge mensen die op de uitnodiging hadden gereageerd. Enkelen hiervan zijn eerder van het angstigere type, dit kan worden afgeleid uit hun medische voorgeschiedenis, geregistreerd in het EMD, en hebben dus sowieso meer schrik om ziek te worden. Deze persoonlijkheidstrek wordt ook in hun antwoord teruggevonden.
De resultaten zouden misschien helemaal anders zijn indien er meer personen op preventieconsult

waren gekomen, en we dus een grotere groep hadden om te bevragen én meer antwoorden gekregen hadden. Zoals reeds vermeld moeten we ons nu baseren op een beperkte groep en is het onmogelijk om echte besluiten te trekken.

Er kan ook een andere reden zijn waarom meer oudere personen aangeven besef te hebben van hun risico's. Zij zijn in hun leven al vaker in contact gekomen met ziektes, door de media of preventiecampagnes en zelfs door zieke personen in hun nabije omgeving. Dit alles maakt mensen bewuster en brengt het besef dat de kans op ziekte stijgt naarmate men ouder wordt. Zouden de ouderen daarom het krijgen van een ziekte meer relativeren en beter aanvaarden dan jongere patiënten?

In de literatuur van beïnvloedende factoren op de deelname aan preventie kwam angst voor ziekte regelmatig terug. Het kan een motiverende invloed hebben maar meestal houdt het mensen tegen om deel te nemen. Volgens de focusgroepen, gestaafd door de literatuur[35,36], zijn het vooral vrouwen die dit als barrière aanduiden. Deze vaststelling komt ook terug in het ander deel van dit onderzoek, namelijk waar de afremmende factoren tot deelname aan het preventieconsult werden onderzocht. In dit luik zijn het de mannelijke deelnemers die hoger scoren voor de angst voor ziekte en die stelling wordt hier dus gezien als een motiverende reden. De mannelijke populatie beschouwt de angst dus als een reden om wél aan preventie te doen en de vrouwelijke als een reden om het niet te doen.
Men zegt in de literatuur wel dat vrouwen zich over het algemeen meer bewust zijn van gezondheidsrisico's, mogelijks omdat ze ermee meer in contact komen. [36] Een verband tussen dit besef en de invloed die angst voor ziekte kan hebben, is niet duidelijk.

Het onderzoek is doorgegaan in een groepspraktijk met het forfaitair systeem. De patiënt moet dus niets betalen voor een consultatie, ook niet voor het preventieconsult. Volgens de literatuur werkt dit drempelverlagend, daarom was het ook een goede praktijk om de beïnvloedende factoren te onderzoek. Uit het resultaat van de vragenlijsten blijkt echter dat sommigen, voornamelijk vrouwen, toch aangaven schrik te hebben voor eventuele extra financiële kosten. Dit werd ook opgemerkt in het verwante onderzoek waarbij de afremmende factoren om op preventieconsult te komen onderzocht werden. Men kan dit uitleggen door het feit dat de patiënten wel moeten betalen voor de eventueel bijkomende onderzoeken in het kader van een preventieconsult, zoals een bloedname of een coloscopie. Waarom vrouwen hier meer voor vreesden dan mannen, is niet duidelijk.
In de literatuur zijn wel de effecten van gratis gezondheidszorg en deelname van de lagere socio-economische klasse aan preventie beschreven. Eén studie toont aan dat gebrek aan ziekteverzekering zeker een rol speelt in de participatie aan preventiecampagnes maar dat er nog steeds ongelijkheid van de respons uit de verschillende sociale klassen worden gezien in landen waar toegang tot de gezondheidszorg gratis is[35]. De groepen met lagere socio-economische status hebben dus ook andere motivansen nodig om aan preventie deel te nemen. Mensen met een lagere socio-economische status zouden minder deelnemen aan preventie omwille van psychosociale redenen zoals meer stress, minder sociale steun en meer angst. Mensen hoger op de sociale ladder participeren vaker omdat zijn minder angst hebben en meer interesse. [28]
In dit onderzoek wordt niet expliciet gevraagd naar maatstaven van de socio-economische status, enkel naar opleidingsniveau. Hoewel er meer mensen met een hoger opleidingsniveau de vragenlijst hebben ingevuld, waren er geen grote verschillen tussen de antwoorden met de personen zonder diploma of diploma lager secundair onderwijs (Figuur 11).

Vragen naar het opleidingsniveau is echter niet voldoende om zich op te baseren en de socio-economische achtergrond had duidelijker bevraagd kunnen worden.
Bijlage 1 geeft een algemene beschrijving van de patientenpopulatie tussen 45 en 75jaar.

In de literatuur zag men dat eerdere positieve ervaringen met preventie en screening ook een belangrijke rol zouden spelen bij de deelname.[33] Dit werd niet als dusdanig in onze enquête bevraagd maar stond gegroepeerd bij de stelling ' ik heb vertrouwen in mijn arts'. Ook in de focusgroepen is dit niet aan bod gekomen. Deze stelling klinkt ook logisch maar is moeilijk na te gaan voor het preventieconsult. Het is een nieuw concept in België en er zijn nog geen studies gebeurd over de tevredenheid na en over het preventieconsult bij de patiënten.

5.2. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Bij dit onderzoek zijn er een aantal opmerkingen te maken.
Vooreerst de focusgroepen. Een focusgroep is een goede manier om kwalitatief onderzoek te verrichten en te bepalen wat speelt en leeft in de doelgroep. Gezien dit onze eerste ervaring was als moderator, zijn we ons echter wel bewust van de beperkingen. De neutrale rol van de moderator werd niet steeds gerespecteerd en af en toe werd het gesprek te veel in een bepaalde richting gestuurd.

Waar ook niet aan te ontkomen valt is het feit dat mensen die aan dergelijk discussie deelnemen, misschien al een iets ander profiel hebben. Zij staan open voor onderzoek en mogelijk ook al meer voor preventie. Dat was duidelijk te merken in de Engelse groep, waar iedereen zeer positief was over preventie en het belang ervan voor onze gezondheid, iets wat in de algemene populatie zeker niet het geval is. In diezelfde groep was er mogelijk een overrepresentatie van katholieke Filipijnen en in de Franse groep van moslims. Dit was vrij conform de verdeling in onze praktijk, maar niet representatief voor de algemene populatie. Dat er geen aparte Nederlandstalige discussie georganiseerd werd, benadeelde deze subgroep mogelijks in de uiteindelijke studie. Het weerhield sommigen ervan deel te nemen, de anderen moesten dan weer in een andere taal dan hun moedertaal mee dicussiëren.
Alles wat besproken werd, werd in stellingen omgezet. Dat dit (in beperkte mate) onderhevig is aan onze subjectieve interpretatie was moeilijk te vermijden.

Er zijn dus duidelijk tekortkomingen van het voorbereidend onderzoek, maar toch werd geprobeerd de verzamelde informatie zo correct mogelijk te gebruiken.

Wellicht de belangrijkste beperking van onze studie is de lage respons. Op de 50 verstuurde enquêtes werden er 22 ingevuld (response-ratio: 44%). Dit is te weinig om een statistische analyse op toe te passen en bijgevolg werd geopteerd voor een louter beschrijvende studie. De meest opvallende waarnemingen werden weergegeven en de mogelijke tendensen besproken.

Waarom er niet meer antwoorden werden verzameld is nog maar de vraag. Het is wel een vaststelling die ook anderen die onderzoek deden naar het preventieconsult, maakten. In de literatuur werd beschreven dat bij een lagere socio-economische status men een lagere medewerking aan enquêtes kon verwachten. Zou dit iets zijn wat bij onze populatie, in een forfaitaire praktijk met heel wat patiënten die lager op de sociale ladder staan (bijlage 1), meespeelde?

Hier moet ook vermeld worden dat bij het verzenden van de uitnodiging geen gefrankeerde enveloppe toegevoegd werd.
Wat hier evenzeer een rol speelt, is de taalbarrière. Veel van onze patienten spreken noch Engels, noch Frans, noch Nederlands en bovendien zijn er, vooral onder de oudere populatie, best wat ongeletterden.
Een ander struikelblok is dat veel adressen niet up-to-date zijn waardoor enkele enquêtes dan ook ongeopend zijn teruggezonden.
Een laatste, mogelijk verklarende factor is de tijd tussen het uitnodigen voor het preventieconsult (december – januari 2012) en het ontvangen van de enquête (november 2012). Door deze langere tijdspanne wisten waarschijnlijk een aantal mensen niet meer waar het over ging.

Bij nader inzien blijken onze stellingen in de vragenlijst vrij suggestief, vermoedelijk omdat de verwoording gebaseerd is op de stellingen zoals ze in de focusgroepen vernoemd werden. In dit deel van de studie werd zowat alles als belangrijk aangegeven. Daarenboven ging er wat specificiteit verloren door de stellingen te groeperen, toch leek dit op dat moment de beste keuze.

5.3. Oplossingen

Tijdens het voorbereidend onderzoek, literatuurstudie en de focusgroepen, zijn er een aantal oplossingen aan bod gekomen, mogelijkheden om de respons te verhogen.

Men gaf tijdens de discussie het voorbeeld van bloeddonatie: hieraan deelnemen kan je het gevoel geven een ander persoon te helpen maar het is ook een gelegenheid om andere mensen te ontmoeten of zelfs beter te leren kennen. Anderzijds zijn sommige mensen meer gemotiveerd om te sporten of te diëten als het in groepverband gebeurt, wat toch ook twee gezondheidsbevorderende acties zijn.
Op basis hiervan werd voorgesteld om in de praktijk collectieve informatiesessies te organiseren, aangevuld door individuele consulten.

Ook de media kan de huisarts helpen om de interesse en de respons op het preventieconsult te vergroten, bijvoorbeeld door reclamecampagnes of een boodschap van algemeen nut. Meer publiciteit kan helpen om mensen te informeren over het preventieconsult , de inhoud en het nut ervan. Men kan misschien zelfs beroep kunnen doen op bekende personen om de campagne een gezicht te geven.[10]

Volgens een deelnemer van de focusgroepen zou de deelname aan het preventieconsult veel hoger liggen als het verplicht zou worden vanuit de overheid of als het zou worden aangepakt zoals borstkanker, namelijk campagnes opzetten en iedereen vanaf 45 tot 75 jaar om de 2 jaar een uitnodiging versturen.

Ook uit de literatuur zijn enkele tips voortgekomen zoals de toegankelijkheid verbeteren door een informatieve website of een infolijn. Actievere uitnodigingsstrategieën gebruiken, bv. een gepersonaliseerde uitnodiging, geven een beduidend hogere participatiegraad.

En ook aan de huisarts, toch wel de spilfiguur in de preventieve zorg, werd gedacht. Aan de hand van de preventiemodule van het GMD+ kan deze de risico's en de preventiestatus van de patiënt veel beter opvolgen. Maar hij heeft ook betere tools met argumenten nodig om zo in discussie te kunnen treden met de patiënt en barrières tot preventie te bespreken.[13]

Om de huisarts te ontlasten, zo'n preventieconsult kan zeer tijdsrovend zijn, en te ondersteunen zou hij beroep kunnen doen op een praktijkassistent(e). Maar deze samenwerking is nog geen gangbare praktijk en het voordeel hiervan is momenteel nog niet aangetoond. Dit zou dus een nieuwe onderzoeksvraag kunnen zijn.

In onze praktijk zouden informatieve brochures in meerdere talen een zeer grote hulp zijn. Zoals hierboven reeds vermeld hebben we een zeer grote variatie aan culturen (bijlage 1) bij onze patiënten, die niet allemaal voldoende Frans, Engels of Nederlands kunnen. Brochures in hun eigen taal ter beschikking hebben, kan de arts al helpen bij het informeren.

In de literatuur wordt ook gesproken over nieuwere manieren van uitnodigen, via mail of zelfs via SMS. We vermoeden dat dit in onze praktijk niet zal werken omdat dit tegenstrijdig is met een gepersonaliseerde uitnodiging maar hiernaar wordt momenteel nog onderzoek gedaan. Het is dus nog wachten op de resultaten van de efficiëntie van deze uitnodigingsstrategie.

In figuur 13 wordt een schematische analyse van het tweeledig onderzoek weergegeven, met de sterktes en zwaktes en de kansen en bedreigingen naar de toekomst toe.

S **sterke punten:** -enkele duidelijke beïnvloedende factoren gevonden -goede opzet van de studie met goed voorbereidend onderzoek -2 invalshoeken: onderzoek naar afremmende én motiverende factoren - forfaitaire praktijk, geen financiële drempel	W **zwakke punten:** -niet statistisch significant door kleine sample -suggestief gestelde factoren in de vragenlijsten -retrospectieve studie - lange pauze tussen uitnodigen en versturen van de vragenlijsten
O **kansen:** -aandacht voor informatie en bewustmaking -persoonlijk uitnodigen met informatie afgestemd op individu -optimaal gebruik maken van EMD	T **bedreigingen:** -multiculturele populatie, dus vaak anderstalig - Populatie met een lagere SES -EMD inhoud niet altijd correct ingevuld

Figuur 13: SWOT-analyse van het tweedelig onderzoek

5.4. Nieuwe onderzoeksvragen

- Hoe tevreden zijn de patiënten na een preventieconsult? Vond men het nuttig? Zou men hiervoor jaarlijks terugkomen?
- Wat is de outcome van een preventieconsult? Wat zijn de effecten, de voor- en nadelen op langere termijn?
- Elke patiënt tussen 45 en 75jaar heeft recht op een preventieconsult maar dit kan voor de huisarts erg tijdrovend zijn. Zou een praktijkassistent hem of haar hierbij kunnen helpen? Welke taken zou de huisarts kunnen delegeren?
- De huisarts en de eerste lijn spelen een cruciale rol bij preventie en het preventieconsult (uitnodigen, informeren en bewustmaken). De gezondheidsgids kan gebruikt worden als een handleiding maar welke andere tools kunnen de huisarts in zijn rol hierbij ondersteunen?

6. CONCLUSIE

In onze praktijk namen slechts 50 personen deel aan het preventieconsult, ondanks meerdere manieren van uitnodigen.
In dit deel van een tweeledig onderzoek wilden we het vanuit een positieve invalshoek bekijken door te onderzoeken wat de redenen zijn om wél te komen.

Ter voorbereiding werd een literatuurstudie uitgevoerd om de reeds gekende factoren op een rijtje te zetten. De relevantie van deze factoren werd vervolgens getoetst in onze patiëntenpopulatie, via 2 focusgroepen. De deelnemers gaven hun mening over deze gekende motivatoren. De uiteindelijke resultaten werden dan samengegoten in een enquête.

Vier factoren bleken belangrijk. Als eerste het **vertrouwen in de arts.** Een goede arts-patiëntrelatie bevordert de deelname aan het preventieconsult. Verder ook het **belang dat men hecht aan zijn gezondheid** en de **eigen verantwoordelijkheid om hiervoor te zorgen**. En tenslotte de **interesse in preventie** en in het behouden van een goede levensstijl.

De huisarts zou op meerdere vlakken inspanningen kunnen doen om de opkomst te verhogen en de volgende oplossingen namen we mee naar de praktijk:

Ten eerste is het bijhouden van een goed elektronisch medisch dossier onontbeerlijk. Het helpt je een overzicht te hebben van de voorgeschiedenis van de patiënt en de huidige aandoeningen en kan in zekere zin zo bijdragen tot het opbouwen van een goede arts-patiëntrelatie. Bovendien zijn tools zoals pop-ups een grote hulp bij het denken aan en het uitvoeren van preventieve acties, waaronder ook het preventieconsult. Een herinnering dat opspringt bij het openen van een dossier valt meer op dan wanneer men er zelf aan moet denken om in de planning te kijken.

Ten tweede is het bewustmaken van en informatie geven aan de patiënt een eerste stap naar preventie op grote schaal. Zonder deze informatie is het moeilijk voor mensen om de noodzaak van een dergelijk consult te begrijpen, of interesse hiering te hebben. Een gepersonaliseerde uitnodiging kan een goede manier zijn om meer patiënten op preventieconsult te laten komen. Dit kan men doen door hen tijdens een voorafgaande consultatie te informeren over preventie en het doel van het preventieconsult maar ook door samen met hen te bekijken wat hun persoonlijke gezondheidsrisico's zijn. Op het einde van deze informatieve raadpleging kan men de vragenlijst, zoals die van de Gezondheidsgids van Domus Medica, meegeven met de patiënt zodat men direct aan de slag kan wanneer deze op preventieconsult komt. Een (minder tijdrovende) variant hierop is het organiseren van een infosessie in groep.

En ten derde zou het onze praktijk ook helpen om informatieve brochures in meerdere talen ter beschikking te hebben. Zoals hierboven reeds vermeld hebben we een zeer grote variatie aan culturen bij onze patiënten, die niet allemaal voldoende Frans, Engels of Nederlands kunnen. Zo'n brochure in hun eigen taal zou voor ons en deze patiënten een grote hulp kunnen zijn.

7. DANKWOORD

Graag zouden wij onze promotor Prof. Sarah Willems en co-promotor Dr. Diego Schrans willen bedanken voor hun begeleiding, ideeën en tips om dit werk tot een goed einde te brengen.

Ook dank voor onze experts Nadia Gille, Dr. Lieve Deturck, Jasna Loos en Dr. Rita Vanobberghen hebben ons geholpen bij het opstellen en vertalen van de brieven en vragenlijsten.

Onze praktijkopleiders, Dr. Nele Vandenbempt en Dr. Rita Vanobberghen, en de andere artsen in de praktijk. Zij hebben ons gedurende twee jaar bijgestaan en gesteund, gemotiveerd op momenten dat het wat moeilijk ging en daarvoor willen wij hen natuurlijk ook bedanken.

De onthaalmedewerkers in de praktijk en natuurlijk de patiënten die hebben deelgenomen aan de focusgroepen verdienen hier een plaats. Zonder hun hulp of antwoorden zouden we niet ver geraakt zijn.

En, last but not last, een laatste dankwoord aan mijn collega-haio, kameraadje in de praktijk en tevens *partner in crime:* Marieke Priem.
Vol enthousiasme zijn we hier samen aan begonnen. Het was geen gemakkelijke weg, met af en toe een hindernis, maar steeds hebben we elkaar kunnen aanmoedigen en steunen en is het ons gelukt. Samen uit, samen thuis!
Marieke, het was een zeer aangename samenwerking, een heel dikke merci!

8. REFERENTIES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(11) Vandenberghe S, Cosyn E, Willems S., Schrans D. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Gent: Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen 2012

(12) Pauwels L., Van Royen P, Wyffels P. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Antwerpen: Faculteit Geneeskunde 2011.

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

(14) Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, Johnson RE, Krist AH, Rothemich SF, Vernon SW. The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. Am J Prev Med. 2010 May ; 38(5): 499–507.

(15) Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, Johnson RE, Krist AH, Rothemich SF, Vernon SW. Patient-reported barriers to colorectal cancer screening: a mixed-methods analysis. Am J Prev Med. 2010 May; 38(5): 508-516.

(16) Salman KF. Health beliefs and practices related to cancer screening among Arab Muslim women in an urban community. Health Care Women Int. 2012;33(1):45-74.

(17) Redwood-Campbell L, Fowler N, Laryea S, Howard M, Kaczarowski J. 'Before you teach me, I cannot know': immigrant women's barriers and enablers with regard to cervical cancer screening among different ethnolinguistic groups in Canada. Can J Public Health 2011;102(3):230-34.

(18) Watson-Johnson LC, DeGroff A, Steele CB, Revels M, Smith JL, Justen E, Barron-Simpson R, Sanders L, Richardson LC. Mammography adherence: a qualitative study. J Womens Health (Larchmt). 2011 Dec ;20 (12):1887-94.

(19) Püschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera, S. 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding the barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. Family Practice 2010; 27: 85-92.

(20) Burak LJ, Meyer M. Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. Health care women Int. 1997 May-June; 18(3): 251-262.

(21) Pearlman DN, Clark MA, Rakowski W, Ehrich B. Screening for Breast and Cervical Cancers: The Importance of Knowledge and Perceived Cancer. Survivability. Women & Health, Vol. 28(4) 1999.

(22) Nielsen KDB, Dyhrb L, Lauritzen D, Malterud K. You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. Fam Pract. 2004 Feb;21(1):28-32.

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

(24) Wilkins T, Gillies RA, Harbuck S, Garren J, Looney SW, Schade RR. Racial disparities and barriers to colorectal cancer screening in rural areas. J Am Board Fam Med. 2012 May-Jun;25(3):308-17.

(25) Blomberg K, Tishelman C, Ternestedt BM, Törnberg S, Levál A, Widmark C. How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in stockholm, sweden. Acta Oncol. 2011 Jan;50(1):112-20.

(26) Bonfill X, Castillejo MM, Vila MP, Marti J, Emparanza JI. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1.

(27) Stinchfield Patricia K. Practice-Proven Interventions to Increase Vaccination Rates and Broaden the Immunization Season. The American Journal of Medicine 2008; 121(7):11-21.

(28) Wardle J, McCaffery K, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. SOC SCI MED , 59 (2) 249 – 261.

(29) McManus A. McManus A. Health promotion innovation in primary health care. AMJ 2013, 6, 1, 15-18.

(30) Janz, N. K.; Becker, M. H. (1 January 1984). "The Health Belief Model: A Decade Later". *Health Education & Behavior* **11** (1): 1–47.

(31) Clarke P, Eves F. Applying the Transtheoretical Model to the Study of Exercise on Prescription. J Health Psychol 1997 2: 195-207.

(32) Prochaska, JO; Velicer, WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997 Sep–Oct;12(1):38–48

(33) Gierisch JM, DeFrank JT, Bowling JM, Rimer BK, Matuszewski JM, Farrell D, Skinner CS. Finding the minimum intervention needed for sustained mammography screening. Am J Prev Med. 2010 Oct;39(4):334-44.

(34) Manama Marieke Geijsels. Pop ups in preventie: een praktijkverbeterend project over pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen. 2011

(35) Miles A, Rainbow S, von Wagner C. Cancer fatalism and poor self-rated health mediate the association between socioeconomic status and uptake of colorectal cancer screening in EnglandCancer Epidemiol Biomarkers Prev . 2011 October ; 20(10): 2132–2140.

(36) Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. J Med Screen 2005;12:20–27.

(37) Ramos M, Llagostera M, Esteva M, Cabeza E, Cantero X, Segarra M, MartÍn-Rabadán M, Artigues G, Torrent M, Taltavull JM, Vanrell JM, Marzo M, Llobera J. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. BMC Cancer 2011,11:408.

(38) Everett et al. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening (Review). Cohrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5.

(20) Brian J. Ayotte, Jennifer A. Margrett and Julie Hicks-Patrick. Physical Activity in Middle-aged and Young-old Adults : The Roles of Self-efficacy,Barriers, Outcome Expectancies, Self-regulatory Behaviors and Social Support. J Health Psychol 2010 15: 173

(39) Amy E. Latimer, Nicole A. Katulak, Linda Mowad & Peter Salovey (2005):Motivating Cancer Prevention and Early Detection Behaviors using Psychologically Tailored Messages, Journal of Health Communication: International Perspectives, 10:S1, 137-155

(40) Shan-Hu Qiu. Improving Patients' Adherence to Physical Activity in Diabetes Mellitus: A Review. Diabetes Metab J. 2012 February; 36(1): 1–5.

9. BIJLAGEN

Bijlage 1: Beschrijving algemene patiëntenpopulatie 45-75j

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief

Bijlage 3: Beschrijving patiëntenpopulatie gekomen op preventieconsult

Bijlage 4: Informed consent

Bijlage 5: Vignetten besproken tijdens de focusgroepen

- Vignetten waarbij persoon niet is gekomen
- Vignetten waarbij persoon wel is gekomen

Bijlage 6: Overzicht stellingen en groepering

Bijlage 7: Vragenlijst

Bijlage 8: Overzicht aangehaalde argumenten tijdens focusgroep

Bijlage 1: Beschrijving algemene patiëntenpopulatie 45-75j

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

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

Een groot deel van de patiënten komt uit een lagere socio-econmische klasse. Dit is moeilijk te objectiveren, gezien het gebrek aan gegevens in het EMD. Wel kan een algemene beschrijving van de situatie in Brussel en in de buurt van de groepspraktijk een beeld geven.
Meer dan een kwart van de Brusselaars (28,3 %) moet zien rond te komen met een inkomen onder de armoederisicogrens. Een vijfde van de Brusselaars die zich aanbieden op de arbeidsmarkt is werkloos, de werkloosheidsgraad bij jongeren (18-24 jaar) bedraagt 31,2 %. In het Brusselse Gewest verlaat één jongen op 5 en één meisje op 6 de school vroegtijdig zonder een diploma hoger secundair onderwijs. Deze jongeren ondervinden grote moeilijkheden om zich in te schakelen op de arbeidsmarkt; slechts een derde (34,0 %) is tewerkgesteld.
Van de Brusselaars tussen 25 en 34 jaar is een vijfde laaggeschoold.

De praktijk bevindt zich in Schaarbeek, op de grens met Sint-Joost-Ten-Node. Beiden staan in de top 5 van slecht scorende gemeentes wat betreft werkloosheid en schoolachterstand. Sint-Joost-Ten-Node is bovendien de armste gemeente van het land.

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

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief

BETER VOORKOMEN DAN GENEZEN!

Preventieconsult bij de huisarts

Beste patiënt(e),

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

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

Enkele van die ziektes of aandoeningen:
Kankers van baarmoeder, dikke darm of borst
Hartaanval of beroerte
Tetanus, griep
Suikerziekte

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

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

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

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

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

Bijlage 3: Beschrijving patiëntenpopulatie gekomen op preventieconsult

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

Tien (20%) personen zijn van Belgische afkomst, de overige veertig hadden een andere origine waaronder Filipijns (35%), Marokkaans (32,5%), Zuid-Amerikaans (15%), Turks (7,5%), Afrikaans (7,5%) en 2,5% andere.

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

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

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

Bijlage 4: Informed consent

Beste Patiënt,

Eerst en vooral willen wij u bedanken voor uw deelname!
In wat volgt staat meer informatie over de bedoeling en het verloop van deze focusgroep.

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

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

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

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

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

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

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

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

Datum…

Handtekening…

Hartelijk bedankt,

Dr. Marieke Priem
Dr. Sylke Van Dierdonck

Bijlage 5: Vignetten besproken tijdens de focusgroepen

Vignetten waarbij persoon niet is gekomen

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

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

Vignetten waarbij persoon wel is gekomen

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

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

Bijlage 6: Overzicht stellingen en groepering

Oorspronkelijke stellingen	Stellingen uit de vragenlijst
Ik had voldoende tijd om te komen	Ik heb voldoende tijd om te komen
Ik had gemakkelijk transport tot praktijk, ik woon niet ver	Het is praktisch haalbaar voor mij (transport niet te ver, oppas voor kinderen)
Ik had opvang voor mijn kinderen	
Ik werd uitgenodigd door mijn huisarts	Ik heb een persoonlijke uitnodiging of herinnering gekregen
Ik was het vergeten maar kreeg een herinnering	
Ik kreeg veel uitleg over het preventieconsult van mijn huisarts	Ik heb voldoende uitleg over het preventieconsult en de inhoud ervan gekregen
Ik weet wat het preventieconsult inhoudt	
Ik heb klachten, ik voel me niet gezond	Ik ben mij bewust van mijn risico's (familiaal, eigen klachten of ziektes)
Ik ben me bewust van een groter risico op ziekte	
Ik heb schrik om kanker of een andere ziekte te krijgen	Ik heb schrik om kanker of een andere ziekte te krijgen
Hoe vroeger je een ziekte vindt, hoe beter het te behandelen is	Ik ben geïnteresseerd in preventie, beter voorkomen dan genezen
Ik ben geïnteresseerd in preventie en gezondheid	
Ik heb een heel goede band met mijn huisarts, ik luister altijd naar hem of haar	Ik heb vertrouwen in mijn huisarts (goede band, positieve ervaringen) en hij kent mijn aandachtspunten
Ik heb veel vertrouwen in preventie en de gezondheidszorg	
Ik heb goede ervaringen met preventie en gezondheidszorg	
Mijn gezondheid is prioritair	Mijn gezondheid is erg belangrijk
Ik was bereid mijn levensstijl te veranderen zo nodig	
Ik wilde bevestiging van mijn gezonde levensstijl	
Ik voel me verantwoordelijk voor mijn eigen gezondheid, wat zouden de anderen doen als ik er niet meer ben?	Mijn gezondheid/ lichaam is mijn verantwoordelijkheid
Mijn vrienden en/of familie doen ook aan preventie	Mensen in mijn omgeving hebben me aangespoord
Ik had geen schrik voor financiële kosten	Ik ben niet bezorgd om de eventuele kostprijs

Uit de literatuur en de focusgroepen werden 22 factoren gehaald die mogelijks een motiverende invloed hadden op de beslissing om op preventieconsult te komen.
We hadden het liefste al deze stimuli in onze vragenlijst meegenomen maar in overleg werd besloten de vragenlijst niet langer te maken dan één pagina en de stellingen die in dezelfde lijn lagen te groeperen.

Bijlage 7: Vragenlijst

Beste patiënt

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

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

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

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

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

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

<u>Algemene gegevens:</u>

Geslacht: Man / Vrouw
Hoe oud bent u? ..... jaar
Eigen geboorteland: ..... Religie: ……
Geboorteland moeder: ……. Geboorteland vader: ……
Gezinssamenstelling:
- o Samenwonend of getrouwd, met schoolgaande kinderen (aantal:.....)
- o Samenwonend of getrouwd, zonder kinderen
- o Niet samenwonend met schoolgaande kinderen (aantal:.....)
- o Niet samenwonend zonder kinderen
- o Andere: ……..

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

Enquête:

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

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

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

Het is praktisch haalbaar voor mij (transport, niet ver, oppas voor kinderen):	0	1	2	3
Ik ben geïnteresseerd in preventie, beter voorkomen dan genezen:	0	1	2	3
Ik ben mij bewust van mijn risico's (familiaal, eigen klachten of ziekte):	0	1	2	3
Ik heb vertrouwen in mijn huisarts (goede band, positieve ervaringen) en hij kent mijn aandachtspunten:	0	1	2	3
Ik heb voldoende tijd om te komen:	0	1	2	3
Ik heb een persoonlijke uitnodiging of herinnering gekregen:	0	1	2	3
Ik heb voldoende uitleg over het preventieconsult en de inhoud ervan gekregen:	0	1	2	3
Mijn gezondheid is erg belangrijk voor mij:	0	1	2	3
Mensen in mijn omgeving hebben me aangespoord:	0	1	2	3
Ik ben niet bezorgd over de eventuele kostprijs:	0	1	2	3
Ik heb schrik om kanker of een andere ziekte te krijgen:	0	1	2	3
Mijn gezondheid/ lichaam is mijn verantwoordelijkheid:	0	1	2	3
Andere:.....	0	1	2	3

Bijlage 8: Overzicht aangehaalde argumenten tijdens focusgroep

Stimulerende factoren	Aantal keer vermeld
Bewust van eigen gezondheidsrisico's, van familiale aandoeningen	6
Verantwoordelijk naar gezin toe, advies om zo lang mogelijk gezond te zijn	6
Oudere leeftijd	5
Hoop op meer uitleg en advies over gezonde levensstijl	4
Genoeg tijd	4
Angst om bepaalde aandoeningen te krijgen	3
Angst voor verborgen ziektes	3
Klachten of symptomen hebben	3
Interesse in gezondheid en preventie	3
Vrouw	3
Persoonlijke uitnodiging door huisarts	3
Co-morbiditeit (diabetes, hoge bloeddruk)	2
Bewust van de goede behandelbaarheid bij vroege detectie van bepaalde ziektes	2
Goede band met huisarts	1
Om arts te plezieren	1
Financieel sterk staan	1
Hoop op meer uitleg en adviezen over bepaalde aandoeningen	1
Zieke mensen in dichte omgeving	1

De boven opgelijste argumenten werden tijdens de twee focusgroepen vermeld.
In de rechter kolom staat het aantal keer dat de stelling genoemd werd.