Motivatie van patiënten bij het deelnemen aan bevolkingsonderzoeken.

Lannoy Jochen, KU Leuven

Promotor: Van Pottelbergh Gijs, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Eerst en vooral wil ik een kort woordje van dank uitbrengen aan verscheidene mensen.

De afgelopen drie jaar heb ik veel verschillende momenten gewerkt aan deze masterthesis. Dit combineren met de dagelijkse praktijkstage was soms een hele opgave. Gelukkig kon ik daarbij rekenen op de steun en hulp van mensen in mijn omgeving, die ik dus kort even wil bedanken.

Eerst en vooral een woord van dank naar mijn promotor, prof. dr. Van Pottelbergh. Samen kwamen we tot dit interessante onderwerp voor een masterthesis. Via de nodige ondersteuning en feedback kon mede via hem dit eindresultaat bereikt worden.

Daarnaast vond ik enorm veel steun bij mijn vriendin. Hoewel zij zelf haar opleiding geneeskunde aan het voltooien is en een thesis te schrijven heeft, was zij een ongelooflijke steunpilaar in dit proces. Er was niet alleen de morele steun van haar, maar ook ondersteuning bij onder andere het verwerken van de statistiek.

Tevens wil ik even mijn ouders en zussen bedanken. Van bij het begin van mijn masterthesis betekenden zij een steun door het helpen verspreiden van de boodschap tot deelname aan mijn vragenlijsten. Ook op het einde van het proces kon ik hun hulp gebruiken in het nalezen van mijn masterthesis op taal- en typfouten.

Eveneens zijn er mijn twee praktijkopleiders van de voorbije jaren, dr. Vandeputte en dr. Vankeirsbilck. Ook voor hen een woord van dank om mij in de dagelijkse praktijk te ondersteunen en geregeld na te vragen hoe de vooruitgang bij mijn thesis was.

Als laatste uiteraard een woord van dank voor alle mensen die mijn vragenlijst wilden invullen en verspreiden in hun omgeving.

Bedankt dus aan alle bovenstaande personen, zonder hen was deze masterthesis nooit tot het huidige resultaat geraakt.

Inhoudstafel

1. Abstract……**6**

2. Inleiding……**7**

2a Probleemstelling……**7**

Observaties in de praktijk……**7**
Opzet van de studie……**7**

2b. Situering en relevantie voor de huisarts……**8**

Prevalentie en mortaliteit……**8**
Screening en de bevolkingsonderzoeken……**8**
Responsgraad van de bevolkingsonderzoeken……**9**
Beïnvloedende factoren voor de responsgraad……**9**

3. Doelstellingen……**10**

3a. Binnen de patiëntenpopulatie……**10**

3b. Binnen de huisartsenpopulatie……**10**

4. Oriënterend literatuuronderzoek……**11**

4a. Inleiding + onderzoeksvraag……**11**

4b. Methodes……**11**

4c. Resultaten……**11**

5. Methode……**12**

5a. Ontwerp van de vragenlijsten……**12**

Patiëntenvragenlijst……**13**
Vragenlijst voor huisartsen……**13**

5b. Exclusie en inclusie……**14**

5c. Distributie van de vragenlijsten……**14**

5d. Dataverwerking……**15**

6. Resultaten……**15**

6a. Patiëntkenmerken……**17**

6b. Huisartsenkenmerken……**17**

6c. Onderzoeksresultaten……**18**

Onderzoeksvraag 1: Zijn er demografische verschillen qua deelname aan de bevolkingsonderzoeken?……**18**

1. Invloed van geslacht op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?.....**18**
2. Invloed van leeftijd op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?.....**18**
3. Invloed van familiale voorgeschiedenis op deelname aan bevolkingsonderzoeken?.....**19**
4. Invloed van de subjectieve kennis (over het verloop van de screening) op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?.....**20**
5. Wat is de mogelijke motivatie voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken?.....**20**
6. Verband tussen het krijgen van een uitnodigingsbrief en effectieve deelname?.....**21**
7. Invloed van het verkrijgen van informatie via de huisarts op deelname aan de bevolkingsonderzoeken?.....**22**

Onderzoeksvraag 2: Hoe staan de patiënten tegenover een meer patient-centered benadering van de bevolkingsonderzoeken, aan de hand van de eHealth-applicaties?.....**22**

1. Invloed van het geslacht op het gebruik van Helena Care?.....**22**
2. Invloed van de leeftijd op het gebruik van Helena Care?.....**23**
3. Zou een reminder via eHealth-applicaties een stimulerend effect hebben op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?.....**23**

Onderzoeksvraag 3: Hoe staan huisartsen tegenover de deelname van hun patiënten?.....**23**

1. Wat is de visie van de huisartsen over de huidige deelname van hun patiënten?.....**23**
2. Verband tussen gebruik van planning tools in het elektronisch medisch dossier en de leeftijd van de huisarts?.....**24**
3. Bestaat er een verband tussen de leeftijd van de huisarts en het stimuleren/educeren voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken (als blijkt dat dit aan de orde is)?.....**24**
4. Wat is de manier van aanpak indien gezien wordt dat bepaalde patiënten niet deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken?.....**25**
5. Heeft de leeftijd van de huisarts invloed op het gebruik van Helena Care door de huisarts?.....**25**
6. Hoe staan de huisartsen tegenover het eventuele gebruik van eHealth-applicaties om de deelname aan de bevolkingsonderzoeken te herinneren/stimuleren?.....**25**

Onderzoeksvraag 4: Gebruik van audits + nuttig voor screening?.....**26**

1. Verband tussen de leeftijd van de huisarts en het gebruik van audits?.....**26**
2. Verband tussen de soort praktijk en het gebruik van audits?.....**26**
3. Verband tussen de leeftijd van de huisarts en hun opinie of het gebruik van audits kan bijdragen tot het motiveren van patiënten (en een overzicht houden van wie deelneemt)?.....**27**

7. Discussie.....**27**

7a. Interpretatie van de resultaten en vergelijking met de literatuur……**27**

Responsgraad en demografische verschillen……**27**
Het gebruik van eHealth-applicaties en klinische audits……**29**

7b. Beperkingen van de studie……**30**

7c. Implicatie van onze studieresultaten……**31**

8. Conclusie……**32**
9. Referentielijst……**32**
10. Bijlagen……**33**

10a. Patiëntenvragenlijst……**33**
10b. Huisartsenvragenlijst……**39**
10c.Goedkeuring ethische commissie/OBC……**42**

1. Abstract

Achtergrond:
De bevolkingsonderzoeken voor kanker in Vlaanderen bereiken op heden slechts deelnamecijfers rond de 50-60%. Bovendien wordt er een stagnerende trend gezien over de jaren. De uitnodiging voor deze screening verloopt nog steeds via een brief, waarbij de motivatie van de patiënten een bepalende factor is. Deze motivatie hangt bovendien nog af van individuele, sociale en arts-gebonden factoren.

Doelstellingen:
Via onze studie willen we nagaan hoe de opinie van zowel huisarts als patiënt is betreffende de deelname aan de bevolkingsonderzoeken. We gaan daarnaast ook bekijken wat beïnvloedend kan zijn betreffende deze deelname. We bekijken ook of het gebruik van hedendaagse vernieuwingen omtrent eHealth (met name Helenacare en praktijkaudits) verschillen in diverse subgroepen, en of dit voor huisarts en/of patiënt potentieel een stimulerende invloed zou kunnen hebben op het deelnamecijfer.

Methoden:
Aan de hand van twee vragenlijsten, één voor huisartsen en één voor patiënten polsen we naar de huidige deelname, het gebruik van eHealth applicaties en mogelijke beïnvloedende factoren. Aan de hand van statistische testen gaan we na of er een verband kan zijn tussen de verschillende factoren en deelname aan de bevolkingsonderzoeken of het gebruik van eHealth-applicaties. Tevens gaan we kijken of er een significant verband is tussen verschillende factoren en het al dan niet stimulerend vinden van eHealth-applicaties.

Resultaten:
Van de ingevulde vragenlijsten konden 171 exemplaren van de patiënten en 29 exemplaren van de huisartsen gebruikt worden voor verdere analyse.

Op vlak van onderlinge verschillen betreffende de deelname stellen we vast dat de deelname aan bevolkingsonderzoeken beïnvloed lijkt door zowel de leeftijd en de mate van geïnformeerd zijn van de patiënt, alsook het verkrijgen van een uitnodigingsbrief en informatie via de huisarts. Het geslacht en familiale of genetische belasting blijken dan weer geen invloed te hebben op deelname aan bevolkingsonderzoeken.

Betreffende het gebruik van eHealth-applicaties, vonden we noch een verband tussen geslacht van de patiënt en gebruik ervan, noch tussen zowel leeftijd van patiënt/huisarts en het gebruik. Ook blijkt de leeftijd van de huisarts niet samen te hangen met of zij al dan niet hun patiënten informeren en educeren. Bij de patiënten is er een gelijke verdeling tussen mensen die eHealth al dan niet stimulerend zouden vinden, terwijl de meeste huisartsen aangeven dat ze eHealth veelbelovend vinden of het juist niet kunnen inschatten.

Het gebruik van audits blijkt niet samen te hangen met de leeftijd van de arts, noch met het type van praktijk. De meeste huisartsen blijken audits wel potentieel veelbelovend te vinden.

Conclusie:
We konden in onze studie verschillende factoren identificeren die invloed lijken te hebben op de deelname aan de screeningsonderzoeken en het gebruik van eHealth-applicaties. Betreffende het gebruik van eHealth is er geen eenduidige opinie vast te stellen of dit stimulerend kan werken. Wel zien huisartsen hier potentieel in, alsook in het gebruik van audits.

We denken dat er dus zeker ruimte is voor verder onderzoek hieromtrent. Zo kan er gericht bekeken worden welke populatie extra stimulatie voor deelname kan gebruiken, en kunnen eventueel de eHealth-applicaties geïmplementeerd worden bij het herinneren tot deelname aan bevolkingsonderzoeken.

2. Inleiding

2a. Probleemstelling

Observaties in de praktijk

Tijdens de stage merkte ik meermaals het volgende op in patiëntendossiers: er wordt niet altijd even adequaat gebruikgemaakt van de planning tools die voorzien zijn in het elektronisch medisch dossier. Bij verder nazicht merkte ik dan ook op dat het bij bepaalde patiënten, waarbij er een verstreken reminder voor een bevolkingsonderzoek stond, het soms jaren geleden was dat er nog deelname was aan de bevolkingsonderzoeken.

De vraag die dan vooral bij mij opkomt, is wat de reden is dat er niet aan deze screeningsonderzoeken werd deelgenomen.

Langs de ene kant denk ik dat het mogelijk is dat er van de patiënt uit te weinig kennis/inzicht bestaat over het verloop, belang,… van deze bevolkingsonderzoeken, langs de andere kant spelen waarschijnlijk ook de emoties van de patiënt hierin mee (bijvoorbeeld schrik voor het resultaat,...). Ik kan me ook inbeelden, en mocht dit in mijn beperkte ervaring ook al ondervinden, dat het niet altijd even makkelijk is om dit als huisarts ter sprake te brengen (als de consultatie totaal ergens anders over gaat, als je bij de patiënt op weerstand botst, als er geen actieve vraag van de patiënt naar uitleg komt,…).

Ondanks dat er vanuit de overheid geprobeerd wordt om de patiënt te motiveren (uitnodigingsbrief, reminder,…), moet de stap nog altijd door de patiënt zelf gezet worden. Bij bijvoorbeeld de screening naar baarmoederhalskanker, moet de vrouw zelf nog initiatief nemen tot het maken van een afspraak bij de gynaecoloog of huisarts. Ik kan me bijvoorbeeld voorstellen dat, voor een patiënt die anders nooit naar de dokter gaat, er niet altijd voldoende motivatie is om hiervoor de stap te zetten.

Opzet van de studie

In dit onderzoek/studie willen we nagaan op welke manier de patiënt meer gemotiveerd kan worden om deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken. Hierbij stellen we ons de vraag of de huidige gang van zaken (een uitnodigingsbrief via de post) nog steeds het meest resultatief werkt en dit in de huidige maatschappij waarin we zijn.

Met de gedachte dat we steeds meer overgaan naar een patient-centered manier van werken, en ook het ontwikkelen van talrijke technologische applicaties (Helena, CoZo, mynexuzhealth,…) waardoor de patiënt meer betrokken wordt tot het nemen beslissingen en toegang heeft toch zijn/har gegevens, kan het misschien nuttig zijn om de patiënt ook meer te betrekken bij het inplannen, opvolgen,… van deze screeningsonderzoeken.

Ook kan het gebruik van audits mogelijk positief bijdragen tot deelname aan de bevolkingsonderzoeken. Zo zou de huisarts kunnen evalueren hoe de respons rate voor zijn praktijk is om dan gericht te kijken welke patiënten hij/zij extra zou moeten motiveren tot deelname.

De studie zal dus gericht zijn op het nagaan hoe de patiënten staan tegenover de huidige manier van kankerscreening en op welke manier er volgens hen beter/meer motiverend gewerkt zou kunnen worden in de toekomst. Daarnaast wil ik ook de opinie van de huisartsen verkennen, zowel over de deelname van hun patiënten, als hun eigen rol daarin.

2b. Situering en relevantie voor de huisarts

Prevalentie en mortaliteit

De aanwezigheid van borstkanker, darmkanker en cervixkanker blijft nog steeds een veel voorkomend probleem in onze huidige gezondheidsmaatschappij. Wereldwijd staan borstkanker en colorectale kanker in de top drie van meest voorkomende kankers. Cervixkanker vinden we ook terug in de top vijf van meest voorkomende kankers bij vrouwen. Volgens de cijfers van de WHO krijgen wereldwijd jaarlijks twee miljoen vrouwen een nieuwe diagnose borstkanker, 600 duizend de diagnose cervixkanker en colorectale kanker wordt jaarlijks bij zo'n twee miljoen mensen vastgesteld. Ook betreffende de mortaliteit, vinden we deze drie vormen van kanker nog steeds terug in de top vijf van meest dodelijke kankers bij de wereldbevolking. (1)

Screening en de bevolkingsonderzoeken

Screening naar kanker vormt dan ook een belangrijk punt in het vroegtijdig opsporen van afwijkingen. Het biedt een grotere kans op behandeling in een vroeg stadium, het actief opvolgen ervan of zelfs voorkomen. Studies tonen onder meer aan dat borstkankerscreening een mortaliteitsreductie kan betekenen van 15-35% bij vrouwen boven de 50 jaar. (2)

De doeltreffendheid van screening hangt uiteraard sterk samen met de deelname-ratio aan de screeningsprogramma's. Onderzoek lijkt aan te tonen dat een hoger deelnamecijfer een betere benefit kan bekomen, in vergelijking met screeningsonderzoeken die wel meer specifiek/sensitief zijn, maar waarbij er minder deelname is.(3)

In België worden door de Vlaamse Overheid/Centrum voor Kanker Opsporing (CvKO) op heden drie screeningsprogramma's voor kanker georganiseerd. Zo ontvangen mannen en vrouwen tussen 50 en 74 jaar om de twee jaar een onderzoekspakket (uitnodigingsbrief, formulier, afnameset) voor darmkankerscreening via opsporing van fecaal occult bloed in de stoelgang. In geval van borstkanker krijgen vrouwen tussen 50 en 69 jaar om de twee jaar een uitnodigingsbrief voor een screeningsmammografie. Cervixkankerscreening wordt aangeraden bij vrouwen tussen 25 en 64 jaar, door een uitstrijkje om de drie jaar bij de huisarts of gynaecoloog. Uiteraard worden mensen met een voorgeschiedenis van deze maligniteiten, die op heden in behandeling zijn hiervoor, niet de juiste leeftijd hebben of binnen de X aantal jaar reeds een gelijkaardig onderzoek kregen, uitgesloten van de screeningsonderzoeken.

Waar er bij darm- en borstkankerscreening standaard een uitnodigingsbrief volgt, komt er bij de cervixkankerscreening maar een brief op je 25 jaar (als er in de voorbije vier jaar geen uitstrijkje gebeurde), als je niet zelf stipt om de drie jaar een uitstrijkje laat uitvoeren, 36 maand na de vorige brief als je geen uitstrijkje liet gebeuren of 48 maanden na het laatste uitstrijkje als er al vier jaar geen uitstrijkje meer gebeurde.

Bij de darmkankerscreening wordt de populatie bovendien bijkomend gestimuleerd door een herinneringsbrief te sturen als ze na tien weken niet ingingen op de eerdere screeningstest of volgt een aangepaste brief na drie opeenvolgende niet-deelnames. Hierbij krijgen ze dan telkens de mogelijkheid tot het aanvragen van een nieuwe deelnameset, wat extra uitleg over het belang van het bevolkingsonderzoek, alsook het advies om er met de huisarts over te spreken. (4)

Responsgraad van de bevolkingsonderzoeken

Om de deelnamecijfers bij deze screeningsonderzoeken te bekijken, kan er gekeken worden naar de totale dekkingsgraad en naar de responsgraad.

De totale dekkingsgraad geeft het percentage weer van de doelgroep dat deelnam aan het bevolkingsonderzoek, dat reeds werd gescreend buiten het bevolkingsonderzoek of waarbij een screeningstest niet was aangewezen vanwege gekende medische redenen. Dit zegt dus iets over het percentage dat zich preventief laat onderzoeken op kanker en dus een belangrijke indicator voor de gezondheidsdoelstelling.

De responsgraad is het percentage van de uitgenodigden dat zich binnen een jaar na de uitnodiging laat screenen of anders gezegd de dekkingsgraad die weergeeft hoeveel procent van de doelgroep deelnam aan het bevolkingsonderzoek.

Als we de cijfers van 2022 voor het Vlaamse Gewest gaan bekijken, zien we dat er een totale dekkingsgraad voor darmkankerscreening werd bereikt van 64,2% met een responsgraad van 48,4%. Voor borstkanker was dat een totale dekkingsgraad van 64,7% en een responsgraad van 48,4%. Voor cervixkanker was er een totale dekkingsgraad van 64,5% en een responsgraad van 58,7%.

Bij darmkankerscreening zien we in het Vlaams Gewest een stijgende responstrend volgens stijgende leeftijd en ook hoger bij het vrouwelijk geslacht. Bij borstkankerscreening zien we ook een stijgende trend volgens de leeftijd wat betreft de dekkingsgraad.

Wat belangrijk is in verband met de motivatie tot deelname, is dat in vergelijking met de evolutie van de afgelopen jaren, we nu eerder een stagnerende curve opmerken in verband met de responsgraad of dekkingsgraad. (5)

Beïnvloedende factoren voor de responsgraad

Als we in de literatuur gaan opzoeken omtrent de determinanten van motivatie voor deelname aan preventieve onderzoeken, dan bemerken we dat er individuele, sociale en arts-gebonden factoren zijn die hierin kunnen meespelen hierin. (6)

Op individueel vlak zijn er vooral de beleving, kennis en emoties die meespelen. Zo kan het namelijk zijn dat er onvoldoende kennis of begrip is over de screeningsonderzoeken, maar bestaat er ook de eventuele veronderstelling dat er voor het individu maar een laag risico is op de pathologie. Daarnaast kan bezorgdheid omtrent privacy (bijvoorbeeld bij het afnemen van een PAP-smear test) een rol spelen, alsook angst voor de testresultaten of de pathologie zelf. Als laatste individuele factor bestaat er ook eventueel het tekort aan tijd en/of transportmiddelen die kunnen meespelen in de deelnamecijfers. (6)

Op sociaal vlak lijken onder meer de ondersteuning door familie en/of vrienden bij te dragen tot de deelnamerespons. Tevens speelt de eventuele aanwezigheid van bepaalde pathologie in familie/omgeving, net als de angst voor schaamte of stigmatisering een rol. (6)

Omtrent de arts-gebonden factoren, wordt in de literatuur vooral de aanbeveling door artsen tot deelname, alsook de communicatie tussen artsen en patiënten, gezien als een beïnvloedende factor voor deelname. Ten slotte kan ook het geslacht van de zorgverlener een rol spelen, denk maar aan het afnemen van een PAP-smear test. (6)

De vraag is dus enerzijds welke factoren er allemaal meespelen in wel/niet-deelname aan de bevolkingsonderzoeken, maar ook op welke manier de responsgraad aan deze bevolkingsonderzoeken verhoogd kan worden. Gezien de context van de huisartsgeneeskunde, stellen we ons de vraag wat de rol van de huisarts hierin kan zijn en hoe die hiertegenover staat.

Daarnaast is er hedendaags een toenemende digitalisering van de geneeskunde. Het gebruik van deze eHealth-applicaties zouden mogelijk een rol kunnen spelen in de participatiegraad van preventieve onderzoeken. We willen enerzijds kijken wat er in de literatuur hierover al werd beschreven, maar ook onderzoeken wat de opinie van West-Vlaamse patiënten en huisartsen hierover is.

3. Doelstellingen

In deze paper gaan we dieper in op de volgende onderzoeksvragen:

3a. Binnen de patiëntenpopulatie:

- Hoe is de demografische verdeling bij de deelname aan de screeningsonderzoeken? Zijn er verschillen bij de subgroepen in de populatie en wat is de eventuele verklaring hiervoor?

- Hoe staan de patiënten tegenover een meer patient-centered benadering van preventieve onderzoeken aan de hand van het gebruik van eHealth-applicaties? Zijn er hierbij verschillen op vlak van leeftijd en/of geslacht?

3b. Binnen de huisartsenpopulatie:

- Wat is de visie van huisarts tegenover de patiënt:

    - o Over huidige deelname: hoe is volgens de huisartsen de motivatie van hun patiënten en wat doen zij reeds zelf in functie van deze motivatie?

    - o Over het gebruik van eHealth-applicaties bij kankerscreening?

- Hoe vaak worden audits in de dagelijkse praktijk gebruikt? Zijn hierbij verschillen op basis van het type praktijk en/of leeftijd van de huisarts? Lijkt dit voor de huisarts nuttig om te gebruiken bij kankerscreening?

4. Oriënterend literatuuronderzoek

4a. Inleiding + onderzoeksvraag

We gingen in de literatuur opzoeken omtrent shared decision making en wat het gebruik van gezondheidsapplicaties van invloed kan hebben op de preventieve geneeskunde.

In de huidige gezondheidsmaatschappij wordt er namelijk steeds meer belang gehecht aan shared decision making en het recht van patiënten om toegang te krijgen tot hun medische gegevens.

Met de technologische verbeteringen hedendaags, komen er potentieel nieuwe mogelijkheden aan te pas. Zo is er de Helena-app die het mogelijk maakt om op een beveiligde manier communicatie te hebben tussen arts en patiënt, denk maar aan het delen van voorschriften, de mogelijkheid tot videoconsultaties, contactgegevens van zorgverleners terugvinden,… Daarnaast is er ook de overheidssite “MijnGezondheid.be”, waarop je een overzicht vindt van nuttige medische informatie, je vaccinaties, je therapeutische relaties kan beheren,... En dan is er ook nog “Cozo.be” waarbij je toegang hebt tot je verslagen, bloedonderzoeken,... Naast deze overheidswebsites, bestaan er ook nog talrijke gezondheidsapps die je via diverse webwinkels kan aanschaffen.

4b. Methodes

We gingen gerichte zoeken op de database Pubmed. We gebruikten de MeSH-termen “primary health care”, “electronic health records”, “clinical audit” en “patient access”. Bij voorkeur werden artikels in het Engels geselecteerd, maar Nederlandstalig zou ook nog aanvaard worden. Exclusie gebeurde dus op elke andere taal dan deze twee. Ook wilden we ons focussen op systematic reviews en randomized controlled trials. De gevonden zoekopdrachten gingen we uiteindelijk verfijnen op titels en abstracts die aansloten bij de zoekopdracht.

4c. Resultaten

Met de zoekopdracht (("Primary Health Care"[Mesh]) AND "Electronic Health Records"[Mesh]) AND "Patient Access to Records"[Mesh] verkregen we 31 zoekresultaten. De zoekopdracht (("Primary Health Care"[Mesh]) AND "Clinical Audit"[Mesh]) AND "Medical Records Systems, Computerized"[Mesh] leverde dan weer 79 resultaten op. Na screening op titel, abstract en selecteren op type van artikel, konden we 7 publicaties eruit halen voor verder nazicht.

Vanuit deze literatuur leren we dat het verschaffen van toegang tot patiëntengegevens, en het gebruik van deze gezondheidsapplicaties, een positieve invloed lijkt te hebben op therapietrouw, zelfmanagement en het aantal ziekenhuisopnames. (7)(8) Bovendien, kaderend in het huidige onderzoeksthema, lijkt het gebruik van de applicaties bij te dragen tot een beter gebruik van de preventieve geneeskunde (kankerscreening, vaccinaties,…) door het leveren van gepersonaliseerde informatie en reminders. (8)(9)

Echter lijkt het ook dat persoonsgebonden eigenschappen meespelen in het gebruik hiervan, en dat ook zorgverleners hun mening over de vernieuwingen hebben.

Het blijkt namelijk dat een goed geactiveerde en geïnformeerde patiënt meer interesse vertoont voor het gebruik van de applicaties. Maar eveneens bij terughoudende patiënten die contact met de huisarts uit de weg lijken te gaan, lijkt de autonome toegang tot de applicaties een verbetering van gezondheidszorg te betekenen.

Maar lijkt de sociale achtergrond een rol te spelen. Zo blijken jongere patiënten en hoger opgeleiden meer gebruik te maken van de applicaties. De oudere populatie vertoont wel eenzelfde maat van interesse, maar heeft er mogelijks niet even gemakkelijk toegang toe. (10)

Daarnaast zien ook zorgverleners zelf potentieel in het gebruik van applicaties. Zo benoemen ze het ethisch recht van toegang tot eigen gegevens, maar ook dat de workload zou kunnen verminderen doordat patiënten zelf aan informatie kunnen. Er lijkt echter wel nog een drempel te zijn. Er wordt namelijk gedacht dat het kan bijdragen tot mogelijk veranderd gedrag en veranderingen in de arts-patiëntrelaties. Ook de veiligheid omtrent het delen en toegang tot gegevens wordt in vraag gesteld door zorgverleners. (11)

Een andere mogelijkheid om technologie te gebruiken, is het hanteren van Audits&Feedback, wat meer en meer van toepassing is in de zorg. Via databases kan er een samenvatting gemaakt worden over het functioneren binnen een bepaald tijdsbestek. Zo kan de kwaliteit van zorg gemeten en mogelijk verbeterd worden. Door de automatisatie van deze Audits&Feedback kan het proces van evalueren minder arbeidsintensief worden en kan er een ruimer bereik zijn.

Door hiervan gebruik te maken, kunnen we overgaan van een reactieve zorg naar een proactieve manier van zorgen. Het proces kan gebruikt worden op praktijkniveau om bijvoorbeeld te zien hoe de deelname aan bevolkingsonderzoeken is. In functie van de resultaten daarvan zou de huisarts dan actie kunnen ondernemen en gericht patiënten motiveren. Het gebruik kan ook op populatieniveau nut hebben, om verschillende praktijken met elkaar te vergelijken. (12) In de literatuur wordt beschreven dat dit proces effectief blijkt te zijn op vlak van medicatiebewaking maar ook in de preventieve geneeskunde. Wel is er nood aan referentiepunten om mee te vergelijken en moet de feedback uiteraard op kwaliteitsvol bewijsmateriaal gebaseerd zijn. (13)

5. Methode

De studieopzet, informatieverspreiding en verwerking werden goedgekeurd door de ethische commissie OBC van de KU Leuven. Deze ethische goedkeuring is terug te vinden in de bijlagen.

5a. Ontwerp van de vragenlijsten

De studie betreft een cross-sectioneel onderzoek, waarbij aan de hand van een online enquête kwalitatieve data verzameld werden. Deze vragenlijsten werden opgesteld en

verspreid via Qualtrics (met gratis toegang via de KU Leuven), waardoor een anonieme deelname mogelijk was. De informed consent werd aan het begin van de vragenlijst gedeeld en zonder akkoord was er geen mogelijkheid tot verdere deelname.

Gezien er, volgens de opzet van de studie, een onderzoeksvraag is die gericht is op de patiëntenpopulatie, maar ook een onderzoeksvraag gericht op huisartsen, zijn er twee verschillende online enquêtes voorzien.

De vragen die gesteld werden in de vragenlijsten zijn terug te vinden in de bijlagen.

Patiëntenvragenlijst

De vragenlijst voor patiënten bestaat uit 27 vragen, waarvan bepaalde ja/nee vragen zijn, een deel meerkeuzevragen en af en toe een open vraag die polst naar verduidelijking op eerder gegeven antwoorden.

Een deel van de vragen spitst zich toe op hoe de deelname aan de bevolkingsonderzoeken van de enquête-invullers is. Er wordt gepolst of er reeds deelname was en hoe lang geleden deze dan was. Daarnaast wordt er gekeken of de deelnemers denken voldoende op de hoogte te zijn van wat de bevolkingsonderzoeken inhouden en wat hun eventuele motivatie is om wel of niet deel te nemen.

Naast de vragen over de deelname zelf, wordt er ook gevraagd naar patiënten-kenmerken. Dit is onder meer het geslacht en de leeftijd, maar ook eventuele risicofactoren zoals familiale belasting, genetische afwijkingen, HPV-vaccinatie status of HPV test in het verleden. Ook eventuele afwijkende screeningsonderzoeken en bijhorende verdere onderzoeken worden bevraagd.

Als laatste onderdeel van de patiënten-vragenlijst wordt er gekeken hoe patiënten staan tegenover eHealth-applicaties en de rol van de huisarts. Er wordt gepolst of er gebruik gemaakt wordt van de applicaties en/of men door het gebruik ervan meer gemotiveerd zou zijn om deel te nemen. Met betrekking tot de huisarts wordt er gevraagd hoe actief de huisarts betrokken is in het herinneren en motiveren voor de bevolkingsonderzoeken en of patiënten dit daadwerkelijk de rol van hun huisarts vinden.

Vragenlijst voor huisartsen

De vragenlijst die gericht is op huisartsen bestaat uit 17 vragen. De onderzoeksvraag hierbij is hoe de visie is van de huisarts ten opzichte van de deelname van hun patiëntenpopulatie en hun eigen rol hierbij. Daarnaast wordt er ook nagegaan hoe de huisarts staat tegenover de technologische vernieuwingen.

De vragen richten zich er enerzijds op om een beeld te krijgen over het type praktijk/huisarts: leeftijd van de huisarts, de gemiddelde leeftijdscategorie van de patiëntenpopulatie en of het een solo/duo/groepspraktijk is. Vervolgens zijn er ook vragen die polsen naar hoe de deelnemende huisarts de deelname aan bevolkingsonderzoeken van zijn patiënten inschat.

De rol van de betrokken huisarts wordt ook nagevraagd, onder meer over hoe de huisarts zijn/haar patiënten eventueel motiveert, niet-deelname aanpakt en planning tools in het medisch dossier gebruikt.

Het laatste deel van de vragenlijst voor huisartsen polst naar hoe de huisartsen staan tegenover het gebruik van Helena Care en de praktijk-audits en of deze eventueel kunnen bijdragen aan een betere deelname aan de bevolkingsonderzoeken.

5b. Exclusie en inclusie

Voor de patiënten vragenlijst spitsten we ons toe op mannen en vrouwen tussen 30 en 65 jaar (mannen bij voorkeur boven de 50 jaar), gezien het doelpubliek van de screeningsonderzoeken.

Omwille van de geografische ligging van mijn twee opleidingspraktijken, werd gekozen om te focussen op mannen en vrouwen in West-Vlaanderen.

Exclusie gebeurde dus op de eerste plaats op basis van de leeftijd, namelijk indien jonger dan 30 jaar of ouder dan 65 jaar.

Een andere reden voor exclusie was de eventuele persoonlijke voorgeschiedenis. Gezien patiënten met een verleden van borst-, darm- of baarmoederhalskanker buiten het screeningstraject vallen en een andere opvolging kennen, vielen zij buiten het doelpubliek van deze vragenlijst.

Voor de huisartsen vragenlijst spitsen we ons toe op huisartsen werkzaam in West-Vlaanderen (opnieuw gezien de geografische ligging). Er gebeurde geen exclusie op basis van het soort praktijk of de leeftijd van de huisarts.

5c. Distributie van de vragenlijsten

Beide enquêtes bestaan uit vragen in het Nederlands en werden verspreid van april 2023 tot en met april 2024.

Deelname kon via een anonieme link met toegang tot de vragenlijst. Tevens was er ook een QR-code die toegang gaf.

De uitnodiging gebeurde via diverse kanalen:

- Patiënten:
    - Rekrutering gebeurde voornamelijk via sociale media (waarbij de link gedeeld werd, met een kort verduidelijkend en uitnodigend tekstje).
    - Tevens werd er in de opleidingspraktijken een poster, voorzien van QR-code en korte context, uitgehangen. Patiënten die interesse voor deze poster vertoonden, kregen soms nog extra mondelinge verduidelijking en een uitnodiging.
- Huisartsen:
    - Ook voor de huisartsen was er rekrutering via sociale media.

- Bijkomend was er een uitnodiging via e-mail die verliep via contactgegevens verkregen via de huisartsenkring. In de e-mail was er ook een situerende uitleg voorzien met oproep tot deelname, alsook de deelname-link.

5d. Dataverwerking

De verwerking van de data gebeurt op een kwantitatieve manier, waarbij patiënten die een bepaald antwoord op de enquête gaven, vergeleken worden met de rest van de studiepopulatie.

De data van de ingevulde vragenlijsten worden geëxporteerd via een Excel-file.

Vooraf werd bepaald dat volledig blanco vragenlijsten (die toch geregistreerd werden) zullen verwijderd worden omdat deze niet kunnen bijdragen tot de analyse. Wel wordt het aantal niet ingevulde, doch geregistreerde, vragenlijsten vermeld.

Gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten zullen wel in de analyse van één of meerdere onderzoeksvragen mee genomen worden.

Gezien de meeste antwoorden categoriale variabelen zijn, gaan we de data verwerken met Chi-kwadraat toetsen om een al dan niet significant verband aan te tonen of de verdeling te bekijken. Indien niet aan de voorwaarden voldaan wordt (bijvoorbeeld verwachte frequenties lager dan 5), voeren we een Fisher's exact test uit. Deze statistische testen worden uitgevoerd met het statistisch programma R.

6. Resultaten

In totaal werden 262 vragenlijsten ingevuld door patiënten en 39 vragenlijsten door huisartsen.

Als we kijken naar de doelgroep voor kankerscreening binnen West-Vlaanderen in 2022, dan kwamen 871.529 West-Vlaamse mensen in aanmerking om deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken. (5)

Gegeven onze steekproefgrootte van 262 participanten, dan komen we bij een betrouwbaarheidsinterval van 95% op een foutenmarge van 6% uit.

Van de patiënten vulden 162 patiënten de vragenlijst volledig in, 54 patiënten vulden de vragenlijst slechts gedeeltelijk in en 46 patiënten vulden geen enkele vraag in.

Op basis van de exclusiecriteria, werden er 19 patiënten geëxcludeerd op basis van leeftijd en 15 patiënten geëxcludeerd op basis van oncologische voorgeschiedenis.

Uiteindelijk werden (na uitsluiten van de geëxcludeerde vragenlijsten, vragenlijsten die geheel niet werden ingevuld, of vragenlijsten waarbij het aantal vragen die slechts ingevuld werden niet relevant waren voor analyse) 171 vragenlijsten gebruikt voor verdere analyse.

Volgens data waren er in 2022 in West-Vlaanderen 1.761 huisartsen werkzaam. (14)

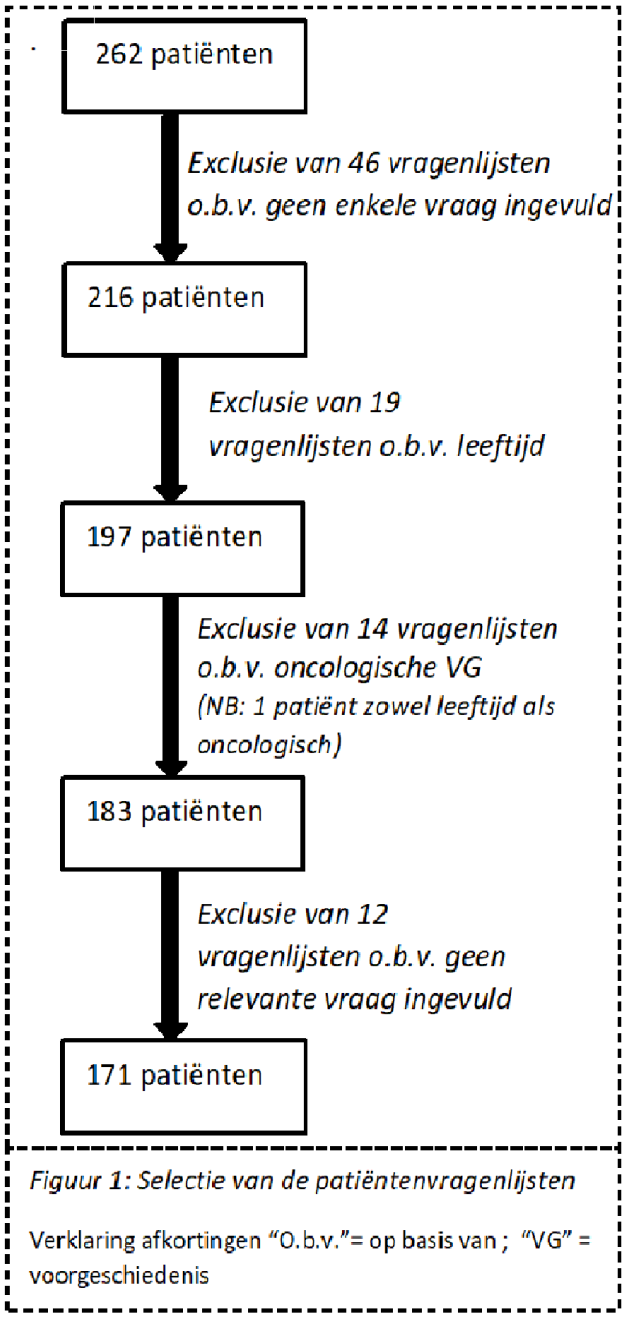
Als we een betrouwbaarheidsinterval van 95% nemen, komen we met de respons van 39 huisartsen op een foutenmarge van 16%.

Bij de huisartsen-vragenlijsten vulden 26 huisartsen de vragenlijst volledig in en 13 huisartsen vulden de vragenlijst slechts gedeeltelijk of niet in.

Uiteindelijk kunnen er 29 vragenlijsten van huisartsen gebruikt worden voor verdere analyse.

Selectiecriteria voor de vragenlijsten:

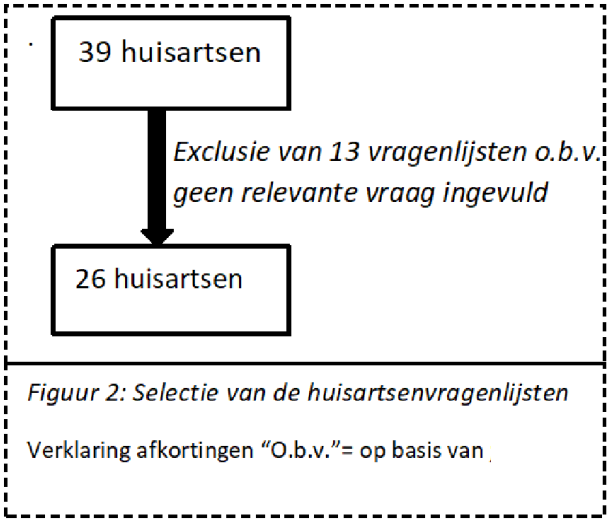
Vragenlijsten patiënten:



Figuur 1: Selectie van de patiëntenvragenlijsten

Verklaring afkortingen "O.b.v."= op basis van ; "VG" = voorgeschiedenis

Vragenlijsten huisartsen:



Figuur 2: Selectie van de huisartsenvragenlijsten

Verklaring afkortingen "O.b.v."= op basis van

6a. Patiëntkenmerken

De belangrijkste patiëntkenmerken van de resterende 171 vragenlijsten zijn hieronder terug te vinden in een overzichtstabel.

Patiënt kenmerk	**Categorische variabele**	**Aantal**
Leeftijd	30-40 jaar	27,5 %
	40-50 jaar	28,1 %
	50-60 jaar	35,1 %
	60-65 jaar	9,4 %
	Mediane leeftijdscategorie: 40-50 jaar	
Geslacht	Vrouw	82,5 %
	Man	16,4 %
Geslacht niet gekend	Geen van beide	0,6 %
	Niet ingevuld	0,6 %
Familiale belasting - Familiale voorgeschiedenis - Gekende genetische belasting	% familiale voorgeschiedenis % gekende genetische belasting	50,3 % 8,8 %

Tabel 1: Patiëntkenmerken

6b. Huisartsenkenmerken

Van de 29 ingevulde huisartsen-vragenlijsten worden de belangrijkste kenmerken hieronder weergegeven in een overzichtstabel.

Huisarts kenmerk	**Categorische variabele**	**Aantal**
Soort praktijk	Solopraktijk	8
	Duopraktijk	2
	Groepspraktijk	19
	Wijkgezondheidscentrum	0
Leeftijd huisarts	20-30	10
	30-40	5
	40-50	4
	50-60	6
	60-70	4
Voornaamste patiëntenpopulatie	Jonge leeftijd	0
	Mediane leeftijd	6
	Oudere leeftijd	4
	Gemengde leeftijden	19

Tabel 2: Huisartsenkenmerken

6c. Onderzoeksresultaten

Onderzoeksvraag 1: Zijn er demografische verschillen qua deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

1. Invloed van geslacht op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

Geslacht	Deelgenomen aan bevolkingsonderzoek in de laatste 3 jaar	Niet deelgenomen aan bevolkingsonderzoek in de laatste 3 jaar
Man	13	15
Vrouw	69	72

Tabel 3: Onderverdeling van de antwoorden volgens geslacht en deelname; in absolute aantallen

Voor de analyse werden bij de vraag "Wanneer heeft u voor de laatste keer deelgenomen aan een bevolkingsonderzoek" de antwoorden "Meer dan 3 jaar geleden" en "Nog nooit deelgenomen" gecombineerd tot de categorie "Niet deelgenomen in de laatste 3 jaar". Ook de antwoorden "Dit jaar nog" en "2-3 jaar geleden" werden gecombineerd tot 1 categorie, met name "Deelgenomen in de laatste 3 jaar".

Op de bovenstaande tabel werd een Chi-kwadraat toets voor onafhankelijkheid uitgevoerd: $X^2(1,N = 169) = 0{,}001$, $p = 0.97$.

In onze steekproef lijkt er dus geen verband te zijn tussen het geslacht en de mate van deelname aan de bevolkingsonderzoeken.

2. Invloed van leeftijd op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

Leeftijd	Deelgenomen aan bevolkingsonderzoek In de laatste 3 jaar	Ooit deelgenomen maar langer dan 3 jaar geleden	Nog nooit deelgenomen
30-40 jaar	35	3	9
40-50 jaar	36	1	10
50-60 jaar	10	1	48
60-65 jaar	1	0	15

Tabel 4: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd en deelname; in absolute aantallen

Als we vanuit de bovenstaande tabel de verwachte frequenties berekenen, constateren we dat deze niet overal minstens 5 zijn.
Bijgevolg kunnen we beter geen Chi-kwadraattoets uitvoeren, maar opteren we voor een Fisher's exact test.

De resultaten van de Fisher's exact test ($p = 2.01 \times 10^{-15}$) duiden aan dat er een statistisch significant verband gevonden wordt tussen de leeftijd en het deelnamecijfer.

Als we kijken naar de data in tabel vier, dan lijkt het dat jongere mensen meer gemotiveerd zijn om deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken. Echter noteren we ook dat er een kleiner aandeel van 60-plussers is die onze vragenlijst heeft ingevuld.

3. Invloed van familiale voorgeschiedenis op deelname aan bevolkingsonderzoeken?

Familiale belasting	Deelgenomen aan bevolkingsonderzoek	Nog nooit deelgenomen aan bevolkingsonderzoek
Kanker bij iemand in de familie	29	29
Afwijkende genen in familie	4	2
Zelf afwijkende genen	14	8
Noch familiale belasting noch genetische belasting	29	35

Tabel 4: Onderverdeling van de antwoorden volgens familiale belasting en deelname; in absolute aantallen

Voor de analyse van de mogelijke invloed van familiale voorgeschiedenis werden verschillende categorieën gemaakt.
Elke persoon die aanduidde dat er zowel kanker in de familie zit, alsook aanduidde dat er afwijkende genen in de familie zijn, werd gecategoriseerd in de groep van "afwijkende genen in familie".
Als iemand aanduidde dat er afwijkende genen zijn in de familie, maar ook zelf afwijkende gen-testen hebben, werd die persoon onderverdeeld in de groep van "zelf afwijkende genen". Indien de 3 opties werden aangeduid (familiale voorgeschiedenis, familiale genetische belasting en zelf afwijkende genetische testen), werden de personen gecategoriseerd in de groep van "zelf afwijkende genen".

Uit bovenstaande tabel berekenen we dat niet overal de verwachte frequentie vijf of hoger is, waardoor we een Fisher's exact test verkiezen.
De resultaten van deze Fisher's exact test ($p = 0.42$) duiden aan dat er geen statistisch significant verband werd gevonden tussen een familiale of genetische belasting en de deelname aan de bevolkingsonderzoeken.

Als we bijkomend kijken naar de vaccinatiestatus voor HPV, dan zien we dat 26 personen (14,94%) zegt gevaccineerd te zijn voor het Humaan Papillomavirus en 148 personen (85,06%) zouden niet gevaccineerd zijn. Bovendien zouden 32 personen al getest geweest zijn op HPV en 72 personen nog geen test gehad hebben, terwijl 70 personen aangeven dat ze niet weten of ze hier rees voor getest zijn.

4. Invloed van de subjectieve kennis (over het verloop van de screening) op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

Subjectieve kennis	Deelgenomen aan bevolkingsonderzoek	Nog nooit deelgenomen aan bevolkingsonderzoek
Voldoende	6	14
Onvoldoende	13	42
Geen kennis	68	26

Tabel 5: Onderverdeling van de antwoorden volgens kennis en deelname; in absolute aantallen

Op de bovenstaande tabel werd een Chi-kwadraattoets voor onafhankelijkheid uitgevoerd: $X^2(2, N = 169) = 37$, $p = 8.61 \times 10^{-09}$. In onze steekproef wordt er dus een statistisch significant verband gevonden tussen de mate van kennis over de bevolkingsonderzoeken en de deelname eraan.

We kunnen op basis van de vragenlijst ook verder gaan kijken wat de verduidelijking is voor het niet voldoende op de hoogte zijn van de bevolkingsonderzoeken. Binnen de groep van mensen die “onvoldoende” of “geen kennis” heeft aangeduid, gaf 5,13% aan dat dit was omdat er geen interesse voor deelname was. 6% van deze groep gaf aan geen uitnodiging ontvangen te hebben en 1% moest info verkrijgen via derden (vrienden/familie). 3,84% zegt niet tot de doelgroep voor screening te behoren. Daarnaast hield 39,74% het gewoon erop dat ze onvoldoende info hadden.

5. Wat is de mogelijke motivatie voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

Reden voor deelname	Aantal personen
Aanraden huisarts	7
Aanraden familie/vrienden	4
Kanker in familie/omgeving	6
Brief ontvangen	71
Zelf aangehaald bij huisarts	11

Tabel 6: Onderverdeling van de antwoorden volgens motivatie; in absolute aantallen

Op basis van de bovenstaande tabel kunnen we een Chi-kwadraattoets uitvoeren om de verdeling te bekijken.
Voor bovenstaande tabel vonden we: $X^2(4, N = 99) = 166.81$, $p = 2.2 \times 10^{-16}$

Gezien de statistische significantie constateren we dat er geen uniforme verdeling is tussen de verschillende stimulatoren tot deelname. Uit de bovenstaande tabel kunnen we afleiden dat de belangrijkste beweegreden tot deelname nog steeds de uitnodigingsbrief blijkt.

6. Verband tussen het krijgen van een uitnodigingsbrief en effectieve deelname?

Uitnodigingsbrief gekregen?	Ooit reeds deelname	Nog nooit deelname
Ja	60	12
Nee	11	46

Tabel 7: Onderverdeling van de antwoorden volgens uitnodigingsbrief en deelname; in absolute aantallen

Op de bovenstaande tabel gaan we een Chi-kwadraattoets uitvoeren om onafhankelijkheid te testen: $X^2(1, N = 129) = 50.16$, $p = 1.42 \times 10^{-12}$.

Er blijkt dus een verband te bestaan tussen het krijgen van een uitnodigingsbrief en het deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken.

Anderzijds kunnen we gaan kijken wat de voornaamste redenen zijn om, ondanks het krijgen van een uitnodigingsbrief, niet deel te nemen:

Reden	Aantal
Screening buiten traject	10
Leek niet relevant	11
Geen uitnodiging ontvangen	10
Geen tijd	7
Onvoldoende geïnformeerd	6
Geen idee (waarom geen deelname)	6
Schrik voor resultaat	1
Schrik voor onderzoek	2
Voorgestelde datum past niet	4
Vorige resultaten waren normaal	3

Tabel 8: Onderverdeling van de antwoorden volgens reden niet-deelname; in absolute aantallen

Om de verdeling van deze redenen te testen, gaan we op bovenstaande tabel een Chi-kwadraattoets voor verdeling toepassen: $X^2(9, N = 60) = 18.667$, $p = 0.03$

Er blijkt dus statistisch gezien (met een significant effect) geen uniforme reden te zijn om niet deel te nemen (ondanks dat er een uitnodigingsbrief werd ontvangen). Vanuit de tabel blijken de voornaamste redenen te zijn dat er screening buiten het gewone traject gebeurt, de screening voor de personen niet relevant leek of men beweert toch geen uitnodigingsbrief ontvangen te hebben (ondanks dat ze behoren tot de doelgroep).

Tevens werd nagevraagd wat de reden was om effectief niet deel te nemen als de voorgestelde datum niet geschikt was. Hierbij gaven vijftien personen aan dat ze wel de gegevens hadden om de afspraak te verzetten, maar dat ze dit gewoon niet gedaan hebben.

Vier personen gaven aan dat ze dit te veel moeite vonden en vijf personen gaven zelfs aan dat ze geen gegevens hadden om de afspraak te verzetten.

7. Invloed van het verkrijgen van informatie via de huisarts op deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

Uit onze vragenlijst blijkt dat 84 participanten (65,12%) vinden dat het de taak is van de huisarts om hen eraan te herinneren wanneer ze moeten deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken. 45 participanten (34,88%) vindt het niet de taak van de huisarts om hen hieraan te herinneren.

Informatie door huisarts	Reeds deelgenomen	Niet deelgenomen
Nee	53	53
Ja	19	4

Tabel 9: Onderverdeling van de antwoorden volgens info via de huisarts en deelname; in absolute aantallen

Op de bovenstaande tabel werd een Chi-kwadraattoets voor onafhankelijkheid toegepast:
$X^2(1,N = 129) = 6.88$, $p = 0.009$.
Er blijkt dus een significant verband te zijn tussen het verkrijgen van info via de huisarts en de uiteindelijke deelname.

Onderzoeksvraag 2: Hoe staan de patiënten tegenover een meer patient-centered benadering van de bevolkingsonderzoeken, aan de hand van de eHealth-applicaties?

Van de personen die de vragenlijst hebben ingevuld (en de desbetreffende vraag invulden), geeft 56,15% aan dat ze Helena Care kennen en geeft 36,92% aan Helena Care effectief te gebruiken.
Van de personen die aangeven Helena Care te gebruiken, gebruikt 10,53% het om de gegevens van de huisarts te bekijken, 14,58% om voorschriften te bekijken, 43,75% om resultaten te bekijken en 12,5% om resultaten en voorschriften te bekijken.

1. Invloed van het geslacht op het gebruik van Helena Care?

	Gebruik Helena Care	Geen gebruik
Man	11	10
Vrouw	37	70

Tabel 10: Onderverdeling van de antwoorden volgens geslacht en gebruik Helena; in absolute aantallen

Na toepassen van een Chi-kwadraattoets ($X^2(1, N = 128) = 1.67$, $p = 0.20$) op bovenstaande tabel, kunnen we afleiden dat het geslacht geen invloed blijkt te hebben op het gebruik van Helena Care.

2. Invloed van de leeftijd op het gebruik van Helena Care?

Leeftijd	Gebruik Helena Care	Geen gebruik
30-40	14	19
40-50	11	22
50-60	19	31
60-65	4	8

Tabel 11: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd en gebruik Helena; in absolute aantallen

Omwille van het niet bereiken van een verwachte frequentie van vijf of hoger in elke groep, voeren we een Fisher's exact test op bovenstaande tabel uit. Deze geeft ons een p-waarde van 0.90.
Er blijkt dus geen statistisch significant effect te zijn tussen de leeftijd en het gebruik van Helena Care.

3. Zou een reminder via eHealth-applicaties een stimulerend effect hebben op de deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

Reminder via eHealth meer stimulerend?	Aantal personen
Ja	62
Nee	65

Tabel 12: Onderverdeling van de antwoorden volgens reminder via eHealth; in absolute aantallen

Om dit na te gaan, werd een Chi-kwadraat toets voor verdeling uitgevoerd: $X^2(1, N = 127) = 0.07$, $p = 0.79$.

In onze studiepopulatie is er dus geen statistisch significant effect en blijken de personen die het wel of niet stimulerend vinden gelijk verdeeld te zijn.

Onderzoeksvraag 3: Hoe staan huisartsen tegenover de deelname van hun patiënten?

1. Wat is de visie van de huisartsen over de huidige deelname van hun patiënten?

Deelname van de patiënten	Aantal huisartsen
Amper	0
Ongeveer helft	4
Grootste deel	22
Geen idee	3

Tabel 13: Onderverdeling van de antwoorden volgens deelname patiënten; in absolute aantallen

Om de verdeling te testen, kunnen we een Chi-kwadraattoets gaan toepassen op bovenstaande tabel: $X^2(2, N = 29) = 23.66$, $p = 7.3 \times 10^{-06}$.

Er blijkt dus dat de verdeling niet uniform is, en dit op een statistisch significante manier. Uit bovenstaande tabel kunnen we afleiden dat de meeste huisartsen denken dat het grootste deel van hun patiënten deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken.

2. Verband tussen gebruik van planning tools in het elektronisch medisch dossier en de leeftijd van de huisarts?

Leeftijd huisarts	Wel gebruik planning	Geen gebruik planning
20-30	6	4
30-40	2	3
40-50	2	2
50-60	3	3
60-70	1	3

Tabel 14: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd huisarts en planningstools; in absolute aantallen

Ook hier wordt terug een Fisher's exact test uitgevoerd, die ons een p-waarde van 0.88 geeft.

In onze steekproef is er dus geen statistisch significant verband te vinden tussen de leeftijd van de huisarts en het gebruik van de planning tools in het elektronisch medisch dossier.

3. Bestaat er een verband tussen de leeftijd van de huisarts en het stimuleren/educeren voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken (als blijkt dat dit aan de orde is)?

Leeftijd huisarts	Stimuleren/educeren	Geen stimulatie
20-30	10	0
30-40	5	0
40-50	2	1
50-60	4	1
60-70	3	0

Tabel 15: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd huisarts en stimulatie; in absolute aantallen

Een Fisher's exact test van bovenstaande tabel geeft ons een p-waarde van 0.29.
In onze studiepopulatie blijkt er dus geen significant verband te bestaan tussen de leeftijd van de huisarts en of zij hun patiënten gaan educeren en stimuleren voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken (als een nieuwe deelname zich opdringt).

In de vragenlijst werd er ook nagevraagd wat de reden is, indien er bij (bepaalde) patiënten geen stimulatie en/of educatie gebeurt. Daaruit blijkt dat de voornaamste reden (volgens onze studiepopulatie) is dat er geen tijd voor is of dat ze eigenlijk geen planning bijhouden.

4. Wat is de manier van aanpak indien gezien wordt dat bepaalde patiënten niet deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken?

Actie	Aantal
Uitnodigen op consultatie	0
Telefonisch gesprek	0
Aanhalen tijdens consultatie (met andere aanmeldingsklacht)	26
Niet aanhalen	0

Tabel 16: Onderverdeling van de antwoorden volgens aanpak niet-deelname; in absolute aantallen

Gezien alle huisartsen in onze studiepopulatie (die de vraag beantwoordden) aangeven dat zij dit aanhalen tijdens een consultatie (wanneer de patiënt(e) komt omwille van een andere aanmeldingsklacht), kunnen we hier geen statistische test op de tabel uitvoeren.

5. Heeft de leeftijd van de huisarts invloed op het gebruik van Helena Care door de huisarts?

Leeftijd huisarts	Gebruik Helena Care	Geen gebruik Helena Care
20-30	1	9
30-40	2	3
40-50	0	3
50-60	2	3
60-70	0	3

Tabel 17: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd huisarts en gebruik Helena; in absolute aantallen

Een Fisher's exact test op bovenstaande tabel geeft ons een p-waarde van 0.32.
Er blijkt dus geen statistisch significant verband te zijn in onze studiepopulatie tussen de leeftijd van de huisarts en het wel of niet gebruiken van Helena Care.

6. Hoe staan de huisartsen tegenover het eventuele gebruik van eHealth-applicaties om de deelname aan de bevolkingsonderzoeken te herinneren/stimuleren?

Eerst en vooral kunnen we uit onze vragenlijst afleiden dat 18 (69,23%) van de huisartsen die onze vragenlijst invulden, vinden dat er een andere methode nodig is om patiënten te herinneren/stimuleren naast de huidige uitnodigingsbrief.

Stimulerend voor deelname?	Aantal huisartsen
Veelbelovend	13
Onvoldoende kennis/info	12
Geen verbetering te verwachten	0
Andere	1

Tabel 18: Onderverdeling van de antwoorden volgens eHealth stimulerend; in absolute aantallen

Op de bovenstaande tabel pasten we een Chi-kwadraat toets toe om de verdeling te bekijken: $X^2(2, N = 26) = 10.23, p = 0.006$.

Gezien de statistische significantie kunnen we zeggen dat er geen uniforme verdeling is tussen de verschillende opinies. Als we kijken naar de bovenstaande tabel, dan blijkt dat de meeste huisartsen het gebruik van eHealth-applicaties ofwel veelbelovend vinden ofwel aangeven dat ze te weinig kennis ervan hebben om het in te schatten.

Onderzoeksvraag 4: Gebruik van audits + nuttig voor screening?

In de vragenlijst gaven 8 huisartsen (32%) aan dat ze audits gebruiken en 17 huisartsen (68%) zouden nooit audits gebruiken of het zelf niet kennen.

Van de 8 huisartsen die aangeven dat ze audits gebruiken, zouden 4 huisartsen het om de 3 maanden gebruiken, 1 huisarts om de 6 maanden en 1 huisarts jaarlijks.

1. Verband tussen de leeftijd van de huisarts en het gebruik van audits?

Leeftijd huisarts	Wel audits	Geen audits
20-30	1	8
30-40	2	3
40-50	1	2
50-60	4	1
60-70	0	3

Tabel 19: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd huisarts en audits; in absolute aantallen

Na het uitvoeren van een Fisher's exact analyse op bovenstaande tabel, bekomen we een p-waarde van 0.0769.

In onze studiepopulatie bestaat er dus geen statistisch significant verband tussen de leeftijd van de huisarts en het gebruik van audits.

2. Verband tussen de soort praktijk en het gebruik van audits?

Soort praktijk	Wel audits	Geen audits
Solo	1	5
Duo	0	2
Groeps	7	10
Wijkgezondheidscentrum	0	0

Tabel 20: Onderverdeling van de antwoorden volgens type praktijk en audits; in absolute aantallen

Uit de antwoorden van de vragenlijst worden de huisartsen op de vraag over het gebruik van audits "Nee" of "Niet gekend" aangeduid hebben, gegroepeerd tot 1 groep "Geen gebruik van audits".

Als we een Fisher's exact test uitvoeren op de bovenstaande tabel, bekomen we een p-waarde van 0.41.
Met andere woorden is er in onze studiepopulatie geen statistisch significant verband te vinden tussen de soort praktijk en het gebruik van audits.

3. Verband tussen de leeftijd van de huisarts en hun opinie of het gebruik van audits kan bijdragen tot het motiveren van patiënten (en een overzicht houden van wie deelneemt)?

In onze vragenlijst hebben 20 huisartsen (80%) aangeduid aan dat ze denken dat het gebruik van audits een overzicht kan bieden van wie deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken en helpen bij het motiveren van hun patiënten. 5 huisartsen (20%) vonden dat dit geen bijdrage zou leveren.

Leeftijd arts	Wel bijdrage	Geen bijdrage
20-30	9	1
30-40	4	0
40-50	2	1
50-60	4	1
60-70	1	2

Tabel 21: Onderverdeling van de antwoorden volgens leeftijd huisarts en meerwaarde audits; in absolute aantallen

Als we op bovenstaande tabel een Fisher's exact test uitvoeren, bekomen we een p-waarde van 0.19. Er blijkt dus geen statistisch significant verband te zijn tussen de leeftijd van de huisarts en de mening dat het gebruik van audits al dan niet kan bijdragen tot de deelname aan de bevolkingsonderzoeken.

7. Discussie

7a. Interpretatie van de resultaten en vergelijking met de literatuur

Responsgraad en demografische verschillen

Zoals in de inleiding besproken, is de huidige totale responsgraad (cijfers van 2022) voor de bevolkingsonderzoeken in het Vlaamse Gewest schommelend rond de 61-63%. (5) In onze analyse zagen we dat de deelnemende huisartsen voornamelijk ingeschat hebben dat de meerderheid van hun patiënten deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken. Deze verdeling werd met een statistisch significantie aangetoond als niet homogeen verdeeld over de verschillende opinies. Eventueel zou dit kunnen betekenen dat de huisartsen de deelnamecijfers van hun eigen patiënten hoger inschatten dan ze daadwerkelijk zijn. Echter moeten we wel de kanttekening maken dat onze huisartsen studiepopulatie bijzonder klein was, en dit dus een vertekend beeld kan zijn. Ook werd de uitdrukking "het grootste deel" niet verder verduidelijkt in de vragenlijst en zou dus evengoed als meer dan de helft geïnterpreteerd kunnen worden. In die gevallen zou het wel een weerspiegeling kunnen zijn van de werkelijke responsgraad.

Betreffende de demografische verschillen in deelname, lazen we in de literatuur dat er verschillende factoren hierin kunnen meespelen. Zoals besproken in de inleiding zijn er individuele, sociale en arts-gebonden factoren die een rol spelen. (6)

Eén van de individuele factoren is de mate van kennis over het verloop van de onderzoeken. In onze analyse van de patiëntenvragenlijsten kwamen we tot een statistisch significant verband tussen de mate waarin de patiënten hun kennis (over verloop en planning van de bevolkingsonderzoeken) inschatten en hun effectieve deelname. Ook betreffende de individuele factor van leeftijd werd er een significant verband gevonden in onze analyse met de deelnamegraad, waarbij jongere mensen meer deel lijken te nemen aan de bevolkingsonderzoeken. Echter op vlak van de individuele factor betreffende geslacht werd er geen significant verband gevonden met de deelnamecijfers. Wel moeten we hierbij de bemerking maken dat zowel mannen als personen boven de 60 jaar bijzonder laag vertegenwoordigd zijn in onze studie.

Daarnaast zijn er ook sociale factoren, zoals de aanwezigheid van ziekte in de familie en/of omgeving, die kunnen meespelen in de mate van deelname. (6).

In onze analyse over een mogelijk verband tussen de familiale voorgeschiedenis en/of genetische belasting en de deelname aan de bevolkingsonderzoeken werden verschillende categorieën gecombineerd. Personen die aangeven een familiale voorgeschiedenis te hebben en ook afwijkende genen in de familie, werden bij de groep van “afwijkende genen in de familie” gegroepeerd. Personen die aangeduid hebben dat ze afwijkende genen in de familie hebben en zelf ook een afwijkende gentest hebben, werden gegroepeerd bij de groep van “zelf afwijkende genen”. Indien ze aangeduid hebben dat er een familiale voorgeschiedenis is, genetische belasting in de familie en zelf ook een genetische afwijking, hebben, worden ze gegroepeerd bij de cijfers van “zelf afwijkende genen”.

Deze indeling werd aangenomen omdat familiaal voorkomen van maligniteiten veel hoger is dan de aanwezigheid van genetische afwijkingen. In de literatuur kan namelijk teruggevonden worden dat er bij ongeveer 35% van de colorectale kankers een familiale voorgeschiedenis is. Dit terwijl de genetische varianten maar bijdragen tot 5-10% van de gevallen van colorectale kanker, los van de familiale voorgeschiedenis. (15) Indien er een familiale voorgeschiedenis is van borstkanker, kan er echter maar bij minder dan 30% van de gevallen een oorzakelijke genmutatie teruggevonden worden. (16)

Omdat de genetische varianten dus veel minder frequent aanwezig zijn, rekenen we patiënten met een overlappend antwoord bij de groep met genetische belasting, met het idee dat het een betere representatie is van de werkelijkheid.

In onze analyse werd betreffende de sociale factor geen verband gevonden tussen familiale en/of genetische belasting en de deelnamegraad aan de bevolkingsonderzoeken.

Ten laatste zijn er ook de factoren eigen aan de zorgverlener die een rol kunnen spelen in de deelnamerespons aan preventieve onderzoeken. Daarbij kan het geslacht van de zorgverlener een rol spelen, zoals bijvoorbeeld bij het afnemen van een PAP-smear test. Ook de communicatie tussen arts en patiënt is een belangrijke factor. (6) Zo kan motiverende

gespreksvoering, waarbij men de eigen motivatie tracht te versterken door reflectie en samenvatting, een stimulerende rol hebben tot deelname aan de bevolkingsonderzoeken. Wel is het de vraag op welke manier de huisartsen hun patiënten op de meest effectieve, maar ook tijdbesparende wijze kunnen informeren en motiveren. (17)

Met betrekking hiertoe, kwamen we in onze analyse tot een significant verband tussen het verkrijgen van info via de huisarts en de uiteindelijke deelname aan bevolkingsonderzoeken.

Echter als we kijken wat de belangrijkste stimulator is voor patiënten om deel te nemen, dan blijkt dit nog steeds de uitnodigingsbrief te zijn en slechts in mindere mate de stimulatie door hun huisarts. Ook was er een statistisch verband te vinden tussen het aantal mensen dat een brief krijgt en ook effectief deelneemt aan het onderzoek.

Wat betreft de wijze waarop huisartsen hun patiënten trachten te motiveren, konden we geen duidelijke uitspraken doen. Alle huisartsen in onze vragenlijst gaven namelijk aan dat ze een niet-deelname aanpakken door dit te bespreken tijdens een consultatie (die bedoeld was voor een andere reden). Bij de aanpak van een niet-deelname is er in onze dataset geen significant verband te vinden met de leeftijd van de huisartsen en het effectief motiveren en educeren van hun patiënten. Als we kijken naar de planning tools in het medisch dossier, die gebruikt kunnen worden om een overzicht bij te houden, stellen we vast dat er geen statistisch significant verband is tussen het gebruik ervan en de leeftijd van de huisartsen. We hadden echter verwacht dat een groter aandeel van jongere artsen deze tools zouden gebruiken, omdat we ervan uitgingen dat zij een betere technologische achtergrond hebben.

Als we naast deze 3 factoren voor deelname kijken wat de redenen zijn om niet deel te nemen, dan lijken de voornaamste redenen bij onze studiepopulatie dat er screening gebeurd is buiten het gewone traject, dat de screening niet relevant leek voor de persoon zelf of men beweerde geen uitnodigingsbrief te krijgen (ondanks ze in de doelgroep zitten).

Het gebruik van eHealth-applicaties en klinische audits

Zoals uit onze korte literatuurstudie in de inleiding bleek, heeft het gebruik van gezondheidsapplicaties en het zelfmanagement daarbij een positief effect op de preventieve geneeskunde. (7)(8)(9) In onze analyse werd er echter geen significant verschil aangetoond en blijkt het aantal patiënten die een herinnering via Helena Care stimulerend zouden vinden, gelijk verdeeld te zijn met de patiënten die dat niet vinden.

Daarnaast zagen we in de inleiding dat de sociale achtergrond een rol kan spelen in het gebruik van de applicaties, waarbij jongeren ze meer gaan gebruiken. (10) Uit onze analyse halen we echter dat het geslacht en de leeftijd geen invloed lijkt te hebben op het gebruik van Helena Care. Ook de leeftijd van de huisarts blijkt geen rol te spelen in de mate waarin zij Helena Care gebruiken. Zoals reeds hoger vermeld omvat onze studiepopulatie slechts een klein(er) aandeel van patiënten met een hogere leeftijd, en ook de oudere huisartsen zijn minder goed vertegenwoordigd.

In de inleidende literatuurstudie zagen we dat zorgverleners potentieel zagen in het gebruik van eHealth. (11) In onze analyse kunnen we zeggen dat de opinies niet uniform verdeeld zijn en de meeste huisartsen ofwel aangeven dat ze het veelbelovend vinden ofwel dat ze

nog niet voldoende info hierover hebben. Een mogelijke reden om wat terughoudend te zijn, zou de veiligheid kunnen zijn, vooral in verband met de privacy, alsook de arts-patiëntrelatie die erdoor kan veranderen.

Wat betreft het gebruik van klinische audits vertelde de literatuur ons dat dit nut kan hebben op populatieniveau, maar ook om praktijken onderling te vergelijken qua aanpak en cijfers. De audits zouden dus positief kunnen bijdragen tot de preventieve geneeskunde. (12) (13) In onze studie keken we voornamelijk hoe het gebruik van audits momenteel is en wat de opinie van de huisartsen hierover is. We kunnen besluiten dat in onze studiepopulatie geen verband te vinden is tussen de leeftijd van de huisarts en het gebruik van audits, noch tussen het soort praktijk en het gebruik van audits. De mening of het gebruik van audits positief kan bijdragen aan de deelnamegraad blijkt niet samen te hangen met de leeftijd van de huisarts. Wel lijkt het merendeel van de deelnemende huisartsen te vinden dat de audits zouden kunnen bijdragen om een overzicht te bewaren en hun patiënten zo te motiveren.

7b. Beperkingen van de studie

We zijn er ons van bewust dat we de gevonden resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten interpreteren. Door de opzet van het onderzoek en de uiteindelijke respons kunnen er verschillende vormen van bias optreden.

Eerst en vooral kunnen er, omwille van het werken met vragenlijsten, interviewer-bias optreden. Er zou gesteld kunnen worden dat bepaalde vragen ruimte laten voor eigen interpretatie van de participant (bijvoorbeeld bij deelname van hun patiënten, kan de huisarts “het grootste deel” interpreteren als 60%, maar evengoed als 90%).

Ook werd er geen onderverdeling in subpopulaties gemaakt. Gezien mannen slechts vanaf 50 jaar hun eerste bevolkingsonderzoek kunnen doen, kan dit vaker leiden tot een antwoord zoals “nog nooit deelgenomen” of “nog geen uitnodigingsbrief ontvangen”. Dit terwijl vrouwen wel al op 25 jarige leeftijd een screening door middel van een uitstrijkje kunnen krijgen.

Echter kunnen er op verschillende manieren selectie-bias optreden, die onze resultaten kunnen vertekenen.

Eerst en vooral betreft het zowel voor de patiënten als huisartsen een relatief kleine steekproefgrootte, waardoor de resultaten minder nauwkeurig kunnen zijn.

Daarnaast is de samenstelling van de steekproef niet uniform. Zowel bij de patiënten als huisartsen zijn de jongere populaties beter vertegenwoordigd. Dit kan onder andere te maken hebben met de manier van resultaten verzamelen, namelijk via een online enquête. Maar ook de manier van rekruteren kan een rol spelen, met name voornamelijk via sociale media en een poster met een QR-code op. Ook qua geslacht is er ongelijkheid, waarbij minder mannelijke patiënten de vragenlijst invulden.

Wat betreft de selectie van patiënten en huisartsen gebeurt dit op vrijwillige basis, waardoor mogelijks de eerder gemotiveerde mensen de vragenlijst frequenter invullen en zo een vertekend beeld kunnen geven (participatie-bias).

Daarnaast zijn we er ons ook van bewust dat bepaalde groepen (zoals mensen met Familiaire Adenomateuze Polyposis (FAP)-syndroom in de familie) een apart screeningstraject krijgen, en bijgevolg niet meegerekend zitten in onze aantallen van deelname. Hoewel onze opzet was om te focussen op het gewone screeningstraject, kunnen we dus niet met zekerheid zeggen of er mensen van deze populatie ook vragenlijsten hebben ingevuld. Zo kan er een vertekend beeld zijn als zij vragen beantwoorden met bijvoorbeeld “geen uitnodigingsbrief ontvangen”.

Door zowel de significante als niet-significante resultaten te vermelden, proberen we wel elke vorm van publicatie-bias tegen te gaan.

7c. Implicatie van onze studieresultaten

Eerst en vooral willen we duidelijk vermelden dat er verder onderzoek nodig zal zijn om de onderzoeksvragen beter te beantwoorden. Ten eerste zal er een grotere, maar ook een meer uniform verdeelde studiepopulatie nodig zijn om meer correcte uitspraken te doen betreffende de significantie van de resultaten.

We denken dat verder onderzoek in deze materie zeker kan bijdragen tot verdere toename van de deelname aan bevolkingsonderzoeken en daarbij ook de implementatie van de eHealth-applicaties.

Zo kan het vaststellen van een lagere deelname in bepaalde bevolkingsgroepen bijdragen tot het gericht motiveren van bepaalde patiënten en het bijvoorbeeld gericht opstarten van informatiecampagnes vanuit de overheid.

Ook lijkt er, weliswaar binnen een kleine populatie, een veelbelovend effect van de eHealth-applicaties te bestaan. Dit enerzijds in het geval van de patiënten zelf, die meer betrokken worden bij hun eigen gezondheidszorg. Langs de andere kant kunnen huisartsen door het gebruik van Helena Care op een correcte manier persoonlijke reminders sturen, wanneer ze bijvoorbeeld bepaalde patiënten niet zo vaak op de consultatie zien. Ook met betrekking tot de huisarts kan het gebruik van audits positief bijdragen, dit zowel om een overzicht te houden van patiënten die deelnemen, maar ook van de patiënten die geen planning in het dossier hebben of onvoldoende gestimuleerd worden.

Wel dient er nog verder onderzocht te worden wat de implementatie van de eHealth-applicaties zou betekenen voor de kwaliteit van de zorg.

Enerzijds moeten we kritisch bekijken of de veiligheid van de patiënt en zijn gegevens hierdoor in het gedrang zouden kunnen komen. Anderzijds stelt zich ook de vraag hoe patiënten zonder GMD betrokken kunnen worden. Ook kan er zich bij het gebruik van audits een probleem stellen indien de data in het elektronisch dossier van een patiënt niet volledig is.

Het lijkt ons dat de eHealth-applicaties kunnen zorgen voor betere shared-decision making. Doch moeten we ook kritisch nadenken of het niet deels ook het verschuiven van de verantwoordelijkheid naar de patiënt toe is, en of dit dan invloed heeft op de kwaliteit van de zorg.

8. Conclusie

Gezien de huidige deelnamecijfers aan de bevolkingsonderzoeken dringt zich nog altijd de vraag op naar hoe we de deelnamegraad kunnen verbeteren.

In onze studie merkten we dat er in bepaalde bevolkingsgroepen een duidelijk verschillende deelnamegraad was. Dit was zowel het geval voor de leeftijd van de patiënt alsook de mate van subjectieve kennis over het verloop van de bevolkingsonderzoeken.

In onze studie blijkt er geen verschil te zijn qua leeftijd en geslacht bij het gebruik van eHealth-applicaties. Over het implementeren van eHealth-applicaties bij de planning van de bevolkingsonderzoeken kunnen we, betreffende de mening van de huisartsen en patiënten,geen eenduidig effect aantonen of dit stimulerend zou kunnen zijn. Wel lijken de huisartsen vrij positief ingesteld te zijn over het gebruik van audits om overzicht te houden over de deelname van hun patiënten.

Gezien de beperkingen van onze studie, lijkt verder onderzoek over dit onderwerp noodzakelijk om voldoende en correcte uitspraken te kunnen doen betreffende het al dan niet positieve effect van eHealth-applicaties en audits.

Indien uit grotere en meer nauwkeurige studies een positief effect zou blijken, dan kan men met de nodige voorzichtigheid deze proberen te implementeren, doch zal ook herevaluatie van het effect noodzakelijk zijn.

9. Referentielijst:

1. Cancer Today [Internet]. [cited 2023 Apr 28]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1
2. Schopper D, de Wolf C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. Eur J Cancer. 2009 Jul;45(11):1916–23.
3. D'Andrea E, Ahnen DJ, Sussman DA, Najafzadeh M. Quantifying the impact of adherence to screening strategies on colorectal cancer incidence and mortality. Cancer Med. 2020 Jan 1;9(2):824–36.
4. Draaiboek bevolkingsonderzoeken naar kanker [Internet]. [cited 2023 Apr 24]. Available from: https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/2022-04/Draaiboek%20Bevolkingsonderzoeken%20naar%20kanker_26042022.pdf
5. Bevolkingsonderzoek in cijfers [Internet]. [cited 2022 Jun 19]. Available from: https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/
6. Le Bonniec A, Sun S, Andrin A, Dima AL, Letrilliart L. Barriers and Facilitators to Participation in Health Screening: an Umbrella Review Across Conditions. Prevention Science. 2022 Oct 1;23(7):1115–42.

7. Tapuria A, Porat T, Kalra D, Dsouza G, Xiaohui S, Curcin V. Impact of patient access to their electronic health record: systematic review. Inform Health Soc Care. 2021;46(2):192–204.

8. Mold F, De Lusignan S, Sheikh A, Majeed A, Wyatt JC, Quinn T, et al. Patients' online access to their electronic health records and linked online services: A systematic review in primary care. British Journal of General Practice. 2015 Mar 1;65(632):e141–51.

9. Krist AH, Woolf SH, Rothemich SF, Johnson RE, Eric Peele J, Cunningham TD, et al. Interactive preventive health record to enhance delivery of recommended care: A randomized trial. Ann Fam Med. 2012;10(4):312–9.

10. Brenk-Franz K, Leonhardt LJ, Strauß B. Attachment and patient activation as predictors of the interest and use of telemedical health applications –results of an observational study in primary health care. BMC Primary Care. 2022 Dec 1;23(1).

11. Louch G, Albutt A, Smyth K, O'Hara JK. What do primary care staff think about patients accessing electronic health records? A focus group study. BMC Health Serv Res. 2022 Dec 1;22(1).

12. AUDIT en Feedback in de klinische praktijk_ van reactieve naar pro-actieve zorg - Pentalfa [Internet]. [cited 2023 Jun 26]. Available from: https://pentalfa.gbiomed.kuleuven.be/sessies/de-covid-19-barometer-ontwikkeling-en-kansen-voor-de-toekomst/

13. Van Den Bulck S, Spitaels D, Vaes B, Goderis G, Hermens R, Vankrunkelsven P. The effect of electronic audits and feedback in primary care and factors that contribute to their effectiveness: A systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2021 Dec 1;32(10):708–20.

14. Jaarstatistieken 2022 FOD volksgezondheid [Internet]. [cited 2024 Mar 24]. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-jaarstatistieken-2022-detailstatistieken

15. Kastrinos F, Samadder NJ, Burt RW. Use of Family History and Genetic Testing to Determine Risk of Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2020 Jan 1;158(2):389–403.

16. Shiovitz S, Korde LA. Genetics of breast cancer: A topic in evolution. Annals of Oncology. 2015 Jul 1;26(7):1291–9.

17. Miller SJ, Foran-Tuller K, Ledergerber J, Jandorf L. Motivational interviewing to improve health screening uptake: A systematic review. Patient Educ Couns. 2017 Feb 1;100(2):190–8.

10. Bijlagen

10a. Patiëntenvragenlijst

1. Is er bij u in het verleden 1 van onderstaande aandoeningen vastgesteld of behandeld?

○ Baarmoederhalskanker (1)

- ○ Darmkanker (2)
- ○ Borstkanker (3)
- ○ Geen van bovenstaande (4)

2. Is er bij u in het verleden 1 van onderstaande aandoeningen vastgesteld of behandeld?

- ○ Baarmoederhalskanker (1)
- ○ Darmkanker (2)
- ○ Borstkanker (3)
- ○ Geen van bovenstaande (4)

3. Wat is uw huidige leeftijd?

- ○ Jonger dan 30 jaar (1)
- ○ Tussen 30 en 40 jaar oud (2)
- ○ Tussen 40 en 50 jaar oud (4)
- ○ Tussen 50 en 60 jaar oud (5)
- ○ Tussen 60 en 65 jaar oud (6)
- ○ Ouder dan 65 jaar oud (3)

4. Wat is uw geslacht?

- ○ Man (1)
- ○ Vrouw (2)
- ○ Geen van beide van toepassing (3)

5. Zijn er in de familie mensen met borst-darm- of baarmoederhalskanker?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

6. Zijn er in de familie afwijkende genen gekend die een verhoogd risico geven op 1 van deze kankers (HPNCC, BRAC,...)

○ Ja (1)

○ Nee (2)

7. Indien "ja" uw antwoord was op bovenstaande vraag, bent u zelf ooit getest op 1 van deze genen?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

8. Heeft u ooit het HPV vaccin gekregen om baarmoederhalskanker te voorkomen?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

9. Bent u ooit getest geweest voor humaan papillomavirus (HPV)?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

○ Geen idee (3)

10. Indien uw antwoord bij bovenstaande vraag "ja" was, wat was het resultaat?

○ Positief (afwijkend) (1)

○ Negatief (normaal) (2)

11. Kent u de bevolkingsonderzoeken voor kanker? Weet u hoe de uitnodiging gebeurt? Weet u hoe deze onderzoeken verder verlopen?

○ Ja, voldoende op de hoogte (1)

○ Ja van gehoord, maar onvoldoende op de hoogte (2)

○ Nee, helemaal niet op de hoogte (3)

12. Indien u voor de laatste 2 opties koos, kan u dit verder verduidelijken?

13. Wanneer heeft u voor de laatste keer deelgenomen aan een bevolkingsonderzoek?

○ Dit jaar nog (1)

○ 2-3 jaar geleden (2)

○ Meer dan 3 jaar geleden (3)

○ Nog nooit deelgenomen (4)

14. Indien u ooit reeds heeft deelgenomen hieraan, wat was uw reden hiervoor?

○ Op aanraden van de huisarts (1)

○ Op aanraden van vrienden/familie (2)

○ Kennis/familie met darm/borst/baarmoederhalskanker (of in het verleden) (3)

○ Brief hiervoor ontvangen (4)

○ Ik ben op de hoogte van de screening, en aangehaald bij de huisarts om deel te nemen eraan (5)

15. Heeft u ooit een afwijkend resultaat gehad bij een screeningsonderzoek?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

16. Indien het resultaat afwijkend was, en er bijkomende onderzoeken gebeurden, wat was het resultaat daarvan?

○ De bijkomende onderzoeken waren geruststellend (1)

○ De bijkomende onderzoeken waren afwijkend (2)

17. Heeft u ooit al een Heeft u ooit al een uitnodigingsbrief gekregen voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

18. Heeft u ooit een uitnodigingsbrief gekregen, maar dan toch besloten om niet deel te nemen?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

19. Indien bovenstaand antwoord "ja" was, wat was hiervoor de reden?

○ Het leek u toen niet relevant voor u (goede gezondheid, leeftijd, goede levensstijl,...) (1)

○ Vroeger reeds deelgenomen en resultaat was toch telkens normaal (2)

○ Niet voldoende op de hoogte van wat het inhoudt (3)

○ Geen tijd daarvoor (4)

○ In geval van borstonderzoek: de vooropgestelde datum van het onderzoek paste niet voor mij (8)

○ Schrik voor het onderzoek of te weinig uitleg hieromtrent (7)

○ Schrik voor het resultaat (5)

○ Andere (6)

20. Indien u "andere" antwoordde, graag even korte verduidelijking

21. Indien u "In geval van borstonderzoek: de vooropgestelde datum van het onderzoek paste niet voor mij" antwoordde, wat was de reden dan dat het onderzoek niet doorging.

○ Ik had gegevens van het ziekenhuis en kon de afspraak telefonisch verzetten, maar heb dit gewoon niet gedaan (1)

○ Ik had geen gegevens om de afspraak te kunnen verzetten (2)

○ Het kost teveel moeite om de afspraak te kunnen verzetten (3)

22. Heeft u reeds gehoord van de app HelenaCare (online platform om op beveiligde manier documenten/informatie te delen met uw huisarts)?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

23. Maakt u reeds gebruik van HelenaCare?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

24. Indien "ja", waarvoor gebruikt u het?
25. Denkt u dat het gebruik van HelenaCare of gelijkaardige apps, om u informatie te verschaffen of een reminder te geven, u meer zouden stimuleren om deel te nemen aan bevolkingsonderzoeken?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

○ Ik ken/gebruik HelenaCare niet (3)

26. Heeft uw huisarts u reeds aangesproken over de deelname aan bevolkingsonderzoeken voor kanker?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

○ Nee, en ik vind dat ook haar/zijn taak niet (3)

27. Vindt u het de taak van uw huisarts om u een herinnering te geven wanneer het tijd is om opnieuw deel te nemen aan een screeningsonderzoek?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

28. Denkt u dat u sneller zou deelnemen aan een screeningsonderzoek indien u een uitnodiging krijgt; hetzij via sms/e-mail/HelenaCare/andere; in plaats van via een papieren informatiebrief?

○ Ja (1)

○ Nee (2)

10b. Huisartsenvragenlijst

1. In welk soort praktijk bent u op heden werkzaam?

○ Solopraktijk

○ Duopraktijk

○ Groepspraktijk

○ Wijkgezondheidscentrum

2. Wat is uw leeftijd op dit moment?

3. Tot welke leeftijdscategorie behoort uw patiëntenpopulatie voornamelijk?

○ Jonge populatie

○ Mediane leeftijd

○ Oudere leeftijd

○ Gemengde populatie/geen opmerkelijke uitschieters qua leeftijd

4. Hoe schat u de deelname aan bevolkingsonderzoeken voor kanker van uw patiëntenpopulatie (binnen de groep die in aanmerking hiervoor komt) in?

- ○ Amper deelname
- ○ Ongeveer de helft neemt deel
- ○ Grootste deel neemt eraan deel
- ○ Ik heb geen idee

5. Maakt u in uw medisch dossier gebruik van planningstools om bij te houden wanneer een bepaalde patiënt(e) opnieuw dient deel te nemen aan een screeningsonderzoek?

- ○ Ja
- ○ Nee

6. Indien u merkt dat een nieuwe deelname aan de orde is (planning die dit aangeeft, toevallig bemerken dat er reeds lang geen deelname was,...), gaat u dan de patiënt actief gaan stimuleren om deel te nemen, en zo nodig educeren hierover?

- ○ Ja
- ○ Nee

7. Indien u "nee" antwoordde, wat is de reden om dit niet te doen?

- ○ Onvoldoende tijd tijdens de consultaties hiervoor
- ○ Slechte ervaringen in het verleden hierbij
- ○ Reeds pogingen, maar lijkt toch niet te helpen
- ○ Ik houd geen planning bij mbt de bevolkingsonderzoeken
- ○ Andere

8. Indien u "andere" antwoordde, graag korte verduidelijking.

9. Hoe pakt u niet-deelname van een patiënt aan?

- ○ Actief uitnodigen op consultatie om erover te spreken
- ○ Via telefoon aanspreken en trachten te motiveren
- ○ Tijdens een consultatie (om een andere reden) dit even naar boven halen
- ○ Ik haal dit niet aan bij de patiënt

10. Vindt u dat er andere methodes nodig zijn om patiënten te motiveren tot deelname, naast de gewone papieren uitnodigingsbrief?

- ○ Ja
- ○ Nee

11. Maakt u reeds gebruik van HelenaCare om te communiceren met uw patiënten?

- ○ Ja
- ○ Nee

12. Hoe staat u tegenover het eventuele gebruik van gezondheidsapps (HelenaCare, mijngezondheid,...) bij het motiveren en herinneren tot deelname aan een bevolkingsonderzoek?

- ○ Veelbelovend
- ○ Onvoldoende info/kennis hierover om dit in te kunnen schatten
- ○ Negatief, zal de situatie niet verbeteren
- ○ Andere

13. Indien u hierboven "andere" antwoordde, kunt u kort verduidelijken?

14. Maakt u gebruik van elektronische audits in het medisch dossier om verbeterde kwaliteit van zorg na te streven?

- ○ Ja
- ○ Nee

- ○ Dit zegt me niets

15. Indien u "ja" antwoordde op bovenstaande vraag, hoe vaak gebruikt u deze?

- ○ Wekelijks
- ○ Maandelijks
- ○ Om de 3 maanden
- ○ Andere

16. Indien u op bovenstaande vraag "andere" antwoordde, kunt u kort verduidelijken?

17. Denkt u dat het gebruik van audits een beter beeld kan geven van de deelname in uw praktijk aan bevolkingsonderzoeken, en kan bijdragen tot het motiveren van patiënten?

- ○ Ja
- ○ Nee

10c.Goedkeuring ethische commissie/OBC

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023644
Uw kenmerk: Masterproef studie: Motivatie bij bevolkingsonderzoeken voor kankerscreening, en het gebruik van ehealth applicaties daarbij
Leuven, 12-07-2023

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Dr. Gijs Van Pottelbergh
Geachte Jochen Lannoy

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 12-07-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

De studie betreft een Interviewstudie naar motivatie voor deelname aan bevolkingsonderzoeken kanker; en het gebruik van ehealth applicaties hierbij: visie en motivatie van patiënt en arts wordt bevraagd. De studie zal met behulp van anonieme vragenlijsten (Qualtrics) proberen de onderzoeksvragen te beantwoorden. Er is een informatiebrief toegevoegd. Rekruteringsteksten zijn toegevoegd, hier zou echter nog een MP-nummer, de tekst 'Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de UZ/KU Leuven' en een zin die verwijst naar de vragenlijst en de informatiebrief + link (mogelijks verwerkt in de vragenlijst) aan toe moeten worden toegevoegd. Er zijn geen bezwaren tegen deze studie.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 07-07-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.