Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak

Bosmans Tine, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Van Royen Paul, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dieleman Peter, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INTRODUCTIE VAN DE GEZONDHEIDSGIDS IN DE PRAKTIJK: VERGELIJKING VAN EEN ACTIEVE MET EEN PASSIEVE AANPAK

Haio: Tine BOSMANS

Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Paul VAN ROYEN

Co-promotor: Peter DIELEMAN

Praktijkopleider: Peter DIELEMAN

Context:
De Gezondheidsgids van Domus Medica werd in september 2010 verzonden aan alle huisartsen en sinds 1 april 2011 kan een huisarts jaarlijks een GMD+-vergoeding aanrekenen. Hoe de huisarts dit best aanbrengt bij zijn patiënten wordt echter niet beschreven. Daarnaast zijn geen gegevens bekend die bevestigen dat patiënten hier wel op aangesproken wensen te worden.

Onderzoeksvraag:
Hoe groot is de respons bij het passief aanbieden van een preventieve vragenlijst met begeleidende folder?
Wordt de respons vergroot door het toevoegen van een kortdurend motiverend gesprek?
Verwachten patiënten preventieve acties van hun huisarts?
Hoe groot is de tevredenheid na deelname aan een preventieconsult?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Aan de hand van een literatuuronderzoek werd gezocht naar bestaande vragenlijsten om tevredenheid van patiënten te bevragen over preventie binnen geneeskunde. Aangezien deze niet werden gevonden, werd de zoektocht uitgebreid naar vragenlijsten over tevredenheid van patiënten over de eerste lijn. Hierin werd gezocht naar individuele vragen over preventieve geneeskundige acties. Zo kon een vragenlijst worden opgesteld die werd toegepast in het praktijkproject.
Patiënten worden uitgenodigd om op preventieconsult te komen aan de hand van het uitdelen van een vragenlijst en bijhorende folder. Dit kan via een passieve onderzoeksarm waarbij de patiënt spontaan reageert op de aanwezigheid van deze folder of via een actieve benadering waarbij de arts de introductie doet met een korte motivatie. Deelnemende patiënten worden gevraagd voor en na de consultatie een vragenlijst in te vullen die peilt naar verwachtingen en tevredenheid. Patiënten die geen afspraak maken na 6 tot 10 weken worden opgebeld om te peilen naar de redenen hiervoor en kunnen alsnog op preventieconsult komen.

Resultaten:
Gedurende 5 maanden kwamen 348 consulterende patiënten in aanmerking voor ons onderzoek. Bij het passief aanbieden van de folder en vragenlijst komt 4.2% (14/333) spontaan op consultatie. In de groep die door de huisarts actief wordt aangesproken is dit 20% (3/15). Patiënten verwachten preventieve acties van hun huisarts en zijn tevreden na een preventieconsult. Er is geen verschil in tevredenheid tussen de twee manieren van benaderen.

Conclusies:
Patiënten verwachten preventieve acties van hun huisarts en zijn tevreden wanneer dit onder de vorm van een preventieconsult wordt aangeboden. De respons op het aanbieden van een preventieconsultatie door een affiche en folder is laag, maar wordt gevoelig verhoogd door als huisarts een actievere rol te spelen door middel van een mondelinge motivatie van de patiënt. Deze consultaties worden door de arts als tijds- en arbeidsintensief ervaren.

E-mail: tinebosmans@scarlet.be

ICPC-code: A98 Preventie

Inhoudsopgave

		Pag.
1.	Inleiding	4
	1.1. Waarom gekozen voor dit onderwerp?	5
	1.2. Onderzoeksvragen, doelstelling	5
	1.2.1. Basisonderzoeksvraag	5
	1.2.2. Bijkomende onderzoeksvraag	5
2.	Literatuuronderzoek	5
	2.1. Onderzoeksvraag	5
	2.2. Zoekstrategie	5
	2.3. Resultaten	6
	2.4. Besluit	7
3.	Onderzoeksmethode	8
	3.1. Onderzoeksopzet	8
	3.2. Interventie	8
	3.3. Voorbereiding benodigde documenten	9
	3.4. Verwerking van de gegevens	10
4.	Resultaten	10
	4.1. Respons	10
	4.1.1. Respons bij mannen versus vrouwen	12
	4.1.2. Respons volgens leeftijdscategorieën	12
	4.2. Verwachtingen	13
	4.3. Tevredenheid	13
	4.3.1. Voor het preventieconsult	13
	4.3.2. Na het preventieconsult	14
	4.3.3. Patiëntkenmerken	15
	4.4. Medisch resultaat	15
5.	Discussie	15
	5.1. Respons	15
	5.2. Verwachtingen	16
	5.3. Tevredenheid	17
	5.4. Andere resultaten	18
	5.5. Indrukken van de HAIO na het uitvoeren van dit praktijkproject	18
6.	Conclusie	19
7.	Referenties	19
8.	Appendices	23
	8.1. Appendix 1: Methode literatuurzoektocht	23
	8.2. Appendix 2: Resultaten literatuurzoektocht	25
	8.3. Appendix 3: Redenen van non-respons	30
	8.4. Appendix 4: Resultaten tevredenheid voor het preventieconsult	31
	8.5. Appendix 5: Resultaten tevredenheid na het preventieconsult	33
	8.6. Appendix 6: Patiëntkenmerken	35
9.	Bijlagen	37
	9.1. Redenen weigering	37
	9.2. Geïnformeerde toestemming	38
	9.3. Preventiefolder	42
	9.4. Vragenlijst vooraf	44
	9.5. Vragenlijst na preventieconsult	45
	9.6. Mondelinge motivatie	47
	9.7. Protocol telefoongesprek	48

1. Inleiding

Huisartsgeneeskunde is op dit ogenblik nog steeds hoofdzakelijk vraaggestuurd. De acute problemen van de patiënt sturen de dagelijkse activiteiten van een arts. Maar al vele jaren klinkt vanuit verschillende hoeken dat ook preventie deel moet uitmaken van het takenpakket van de huisarts.

Preventie in Vlaanderen is fragmentarisch en niet geprogrammeerd en bovendien worden er veel ongerichte en ongefundeerde tests aangeboden.

Er is rond preventie de laatste jaren dan ook heel wat gaande in het onderzoek van de eerste lijn, met als doel een wetenschappelijke onderbouwing hiervoor te genereren. In Vlaanderen is hieruit de Gezondheidsgids gevloeid.

Maar ook in Nederland werden hier recent initiatieven rond genomen, onder de vorm van het 'Preventieconsult module Cardiometabool Risico' van het NHG (Nederlands HuisartsenGenootschap).

In 2009 werd in de gemeenten Malle en Zoersel een pilootproject opgestart rond deze Gezondheidsgids. Dit is een instrument om op systematische wijze een individueel preventieplan aan volwassen patiënten aan te bieden en probeert zo een hulp te zijn voor de praktiserende huisarts om de Vlaamse gezondheidsdoelen voor zijn patiënt te concretiseren. Dit werd in de beginfase onder de naam 'preventiefolder' in een praktijkproject uitgetest door Dr. Joke Van Herck.

Vorig jaar startte Dr. Liesbet Pauwels, HAIO (HuisArts In Opleiding) in de praktijk Korte Nieuwstraat in Antwerpen, eveneens met een praktijkproject om de concrete toepassing van de gezondheidsgids in hun praktijk te beoordelen. In deze praktijk werd aan opeenvolgende patiënten tussen de leeftijd van 40 en 65 jaar een folder meegegeven zonder bijkomende mondelinge motivatie (= een minimale, passieve benadering). Zij verkreeg in haar praktijk een respons van ongeveer één vierde na de eerste introductie en twee vijfde na bijkomende telefonische motivatie. De vraag stelt zich of een meer actieve benadering dan in het project van Liesbet Pauwels een hogere respons oplevert. Dit wordt in deze masterthesis verder onderzocht.

Maar hoe zit het met de patiënten? Zijn zij wel bereid om aan een dergelijk project mee te werken en hoe zinvol vinden zij dit achteraf? In het pilootproject Malle-Zoersel werd door een voormeting nagegaan hoe groot de bereidwilligheid van de doelgroep is om hier aan mee te werken. Hieruit bleek dat meer dan de helft van de mensen het vooraf zinvol vond door de gemeente te worden uitgenodigd hiervoor naar de huisarts te gaan. Wel was duidelijk dat patiënten een duidelijke voorkeur hebben voor hun huisarts als initiatiefnemer. Die heeft echter meer ondersteuning nodig om dit in zijn praktijk waar te maken, zowel qua software als organisatie van de praktijk. Het realiseren van deze randvoorwaarden kan enkel mits ondersteuning vanuit de overheid of andere instanties. Een stap in goede richting was het in voege treden van het GMD+ sinds 1 april 2011. Dit nomenclatuurnummer maakt het voor de huisarts mogelijk om jaarlijks een vergoeding te krijgen voor het in kaart brengen van de preventieve status van patiënten tussen 45 en 75 jaar. Via de media kan hier ook aan bewustmaking worden gedaan, zoals recent gebeurde in het programma 'Ook getest op mensen'. Ook qua software zijn heel wat ontwikkelingen gaande. Zo ontwikkelden medische softwareprogramma's een tool om de antwoorden op de vragen van de Gezondheidsgids in het elektronisch medisch dossier in te geven.

Een nameting van patiëntentevredenheid is door gebrek aan respons in het pilootproject Malle-Zoersel niet uitgevoerd. Maar wanneer patiënten ontevreden blijken over een preventief project of wanneer het wordt aangebracht op een manier die ze te opdringerig vinden, kan dit misschien de verdere uitbreiding van dit project in de weg staan. Net daarom wordt hier naast de respons ook de patiëntentevredenheid gemeten na het uitvoeren van een preventieve interventie.

1.1 Waarom gekozen voor dit onderwerp?

Tijdens de maandelijkse bijscholing van de regionale wachtkring HRM (Huisartsen Regio Mortsel) in oktober 2010 werd de Gezondheidsgids van Domus Medica voorgesteld. Ik bemerkte hierdoor dat in onze praktijk op geen enkele manier aan gestructureerde preventie werd gedaan. Daarnaast was ik overdonderd door de negatieve reacties van sommige collega-huisartsen tijdens deze bijeenkomst. Preventie en rookstop in het bijzonder zijn bovendien altijd al persoonlijke interessepunten geweest. Zo groeide het idee om rond de Gezondheidsgids een praktijkproject op te starten.

1.2 Onderzoeksvragen, doelstelling

1.2.1. Basisonderzoeksvraag

Hoe groot is de respons bij het passief aanbieden van een preventieve vragenlijst met begeleidende folder? Wordt de respons vergroot door het toevoegen van een kortdurend motiverend gesprek?

1.2.2. Bijkomende onderzoeksvraag

Verwachten patiënten preventieve acties van hun huisarts? Hoe groot is de tevredenheid na deelname aan een preventieconsult?

Aangezien een thesis ook een praktijkverbetering dient te zijn, is het de bedoeling om in de praktijk een strategie uit te werken om systematisch aan preventie te doen en zo de preventieve status van onze patiënten te verhogen.

2. Literatuurzoektocht

De wetenschappelijke fundering van de vragen uit de Gezondheidsgids is voldoende aangetoond en behoort dus niet tot mijn onderzoeksvraag.

Voorafgaand een opmerking over patiëntentevredenheid. Patiëntentevredenheid is een indicator voor kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze is immers multidimensioneel (1,2) en patiëntentevredenheid is hierbij slechts één parameter, bedoeld om het patiëntenperspectief te incorporeren in de verbetering van de gezondheidszorg (3). Van deze beperking zijn we ons bewust. Immers zijn andere outcome-parameters zoals een economische en zuiver medische invalshoek, maar ook een procesevaluatie, mogelijk zelfs van groter belang. In een domein zoals de preventieve geneeskunde, waar er veel minder duidelijk een hulpvraag vertrekt vanuit de patiënt, lijkt ons de visie van de patiënt op deze interventie een belangrijke factor. Het identificeren van hinderpalen voor patiënten zou een hulp kunnen zijn bij het uitbreiden van interventies zoals de toepassing van de Gezondheidsgids.

2.1. Zoekvraag

Bestaan er gevalideerde vragenlijsten voor het meten van patiëntentevredenheid over preventie binnen eerstelijnsgeneeskunde?

2.2. Zoekstrategie

De literatuurzoektocht werd gestart met het zoeken naar geschikte MeSH-termen via de MeSH-database van Medline. De thesaurus werd geanalyseerd bij het aantreffen van een nuttige term. ‘Primary prevention’, ‘primary health care’, ‘family practice’ en ‘patient satisfaction’ werden als nuttige termen beschouwd. Andere MeSH-termen (‘family physicians’, ‘mass

screening', 'health promotion' en 'patient acceptance of health care') werden na het lezen van hun beschrijving niet gebruikt.

De Medline database werd doorzocht met de Pubmed zoekmachine aan de hand van de volgende MeSH-termen: 'primary prevention', 'primary health care', 'family practice' en 'patient satisfaction'. De betrouwbaarheid van de volgende zoektochten werd telkens vergroot door de MeSH-termen in een andere volgorde in te geven. Dit leverde steeds hetzelfde aantal resultaten op. Tabel 1 geeft een overzicht van de zoektochten en hun resultaten.

MeSH-termen van de literatuurzoektochten	*Aantal*	*Titel*	*Tekst*	*Bijkomend*
1. Patient satisfaction + primary prevention	73	11	8	9
2. Patient satisfaction + selectie tijdschriften	44	13	5	5
3. Primary health care + patient satisfaction + limits	170	16	9	2
4. Family medicine + patient satisfaction + limits	63	13	4	0
5. Primary health care + patient satisfaction + limits	39	11	4	2
6. Family medicine + patient satisfaction + limit	16	11	4	3

Tabel 1: Overzicht van de zoektochten en hun resultaten.
Er wordt weergegeven hoeveel resultaten deze zoektocht opleverde (kolom 'aantal'), hoeveel artikels worden geselecteerd op basis van titel (kolom 'titel') en nadien op basis van de volledige tekst (kolom 'tekst'). De bijkomende artikels zijn gevonden via referenties of gerelateerde artikels in Pubmed (kolom 'bijkomend'). Het totaal aantal artikels in deze bespreking gaat dus over diegene in de kolom 'tekst' en 'bijkomend'.
Limits: 'laatste 5 jaar', 'review of meta-analyse' en 'Engels of Nederlands'
Limit: 'validation studies'
Selectie van tijdschriften: 'American Journal of Preventive Medicine', 'Journal of Primary Prevention', 'Preventive Medicine' en 'Quality in Primary Care'

Een gedetailleerde bespreking van de methodologie van de literatuurzoektocht wordt weergegeven in appendix 1 (zie 8.1.). De referenties zoals ze in de literatuurlijst terug te vinden zijn, lopen hierin door.

2.3. Resultaten

In totaal werden 28 vragenlijsten gevonden. Deze worden samengevat in tabel 2. Hier wordt weergegeven welke variabelen in deze vragenlijsten worden bevraagd en of preventie aan bod komt. De eerste 2 zoektochten, gericht op vragenlijsten om patiëntentevredenheid te meten over preventie in de eerste lijn, leverden geen enkele vragenlijst op die aan deze eisen voldoet. Er worden wel enkele tevredenheidslijsten gevonden, maar geen enkele is specifiek ontwikkeld voor gebruik in de preventieve geneeskunde. Daarom werd de zoektocht uitgebreid en werd gezocht naar vragenlijsten die peilen naar patiëntentevredenheid over eerstelijnsgeneeskunde. Dit met de bedoeling individuele vragen in verband met preventie te detecteren. Dit zijn de zoektochten met de limits zoals in tabel 1 beschreven. We bekeken ook of de vragenlijsten beschikbaar zijn in de Nederlandse taal en of de vraagstelling direct dan wel indirect gebeurt. Bij quasi alle vragenlijsten moet worden geantwoord aan de hand van een likert-type schaal. De meeste vragenlijsten bevragen tevredenheid op een indirecte manier. Hiermee wordt verstaan dat patiënten stellingen moeten beantwoorden aan de hand van een schaal waarmee ze aangeven hoeveel ze met de stelling akkoord gaan. Slechts 6 vragenlijsten bevragen op een directe manier de tevredenheid, waarbij rechtstreeks de mate van tevredenheid moet worden aangeven op een schaal.

Om de lijvigheid en leesbaarheid van deze masterproef te beperken wordt de verdere beschrijving van de resultaten verplaatst naar appendix 2 (zie 8.2.). De referenties zoals ze in de literatuurlijst terug te vinden zijn, lopen hierin door.

Vragenlijst	referentie		aantal vragen	vraag over preventie	andere vragen				
					toegang praktijk/beschikbaarheid artsen	medische communicatie	aandacht voor ICE/persoonlijke benadering patiënt	tijdspendering	algemene tevredenheid
SWISQ	4		19		x	x	x		x
MISS-21	12		21			x	x		
CSQ	13		18			x	x	x	x
MISS	14		26			x	x	x	
GPAQ	16		40	x	x	x		x	
IPQ	17	(NB)	27						
PSQ-18	20	(°) (*)	18		x	x		x	x
PSQ-III	20		51	x	x	x	x	x	x
PSS2	20	(°)	47	x	x	x	x	x	x
MOS	24		9		x	x	x	x	x
Clinical microsystems	25		27		x	x	x	x	x
PSQ2	27		21		x	x	x		x
QMPS	28		21	x	x	x			x
PSS	29		27	x		x	x	x	x
PCSSW	36		24	x	x	x	x	x	
SOSQ	39		21		x	x	x		x
KPCAT	44		21	x	x	x			
EVA.PAT	52	(*)	7			x	x		x
PSQ3	53		40		x	x	x	x	
SSQ	54		17		x				x
Ask the patient	58	(NB)							
GPQ	65		61		x	x	x	x	x
CSPC	66		14	x	x	x	x	x	x
Europep	68	(°) (*)	23	x	x	x	x	x	x
VRQ	69		9		x	x	x	x	x
QUOTE huisartsenzorg	70	(*)	22		x	x		x	
CEP	70	(*)	12		x	x	x		
CQI Huisartsenzorg overdag	71	(*)	64	x	x	x	x	x	x

(NB) = niet beschikbaar
(*) = likert-type vragen
(°) = validatie in Nederlands

Tabel 2: De vragenlijsten gevonden via de beschreven literatuurzoektocht. De (x) tonen aan welke domeinen worden bevraagd.

2.4. Besluit

Bestaan er gevalideerde instrumenten om patiëntentevredenheid over preventieve interventies te meten? Deze vraagstelling vertrok vanuit het feit dat onderzoek heeft uitgewezen dat het bevragen van rookgedrag bij rokers de tevredenheid doet stijgen en het bevragen van gezondheidsgedrag bij deze rokers niet geassocieerd is met een vermindering van de tevredenheid (8). Eveneens bleek uit onderzoek dat het uitvoeren van preventieve interventies onder de vorm van gezondheidseducatie een positieve invloed heeft op patiëntentevredenheid (75). Maar blijft dit ook zo bij het aanbieden van preventieve acties in één pakket met een aparte consultatieplanning, zoals dit het geval is bij de toepassing van de Gezondheidsgids in ons praktijkproject?

Wanneer de literatuurzoektocht beperkt wordt tot het preventieve domein, worden wel enkele tevredenheidsschalen gevonden, doch geen enkele is specifiek ontwikkeld voor gebruik in de preventieve geneeskunde. Bij een bredere zoektocht over patiëntentevredenheid in eerste lijn worden nog bijkomende gegevens gevonden, doch er is geen recente review over patiëntentevredenheidsschalen voor algemeen gebruik in eerste lijn te vinden. De laatste dateert van 1995 (43). Al deze reviews concludeerden dat er geen voldoende gevalideerde instrumenten voor het bevragen van patiëntentevredenheid bestonden op dat moment. Sindsdien zijn nog tal van vragenlijsten ontwikkeld door verschillende onderzoeksgroepen wereldwijd die de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief willen meten. Hierbij zijn enkele redelijk tot wijd verspreid geraakt, zoals het patiëntengedeelte van EUROPEP, GPAQ en de recente versies van de PSQ. Geen enkele van deze vragenlijsten gaan echter specifiek over preventie en zijn dus in hun geheel onvoldoende relevant voor de oorspronkelijke onderzoeksvraag. Wel konden uit verschillende van deze vragenlijsten enkele

individuele vragen in verband met preventie worden gehaald. Bespreking hiervan gebeurt verderop (3.3.). Aan de hand hiervan zal voor het praktijkproject een vragenlijst worden opgesteld om tevredenheid van patiënten te meten over preventie in de praktijk en van het preventieconsult als interventie bij het praktijkproject.

3. Onderzoeksmethode

3.1. Onderzoeksopzet

Het onderzoek is een interventieonderzoek waarbij patiënten worden uitgenodigd voor een preventieconsult om zo een persoonlijk preventieplan op te stellen. Dit kan via een passieve benadering, waarbij de patiënt reageert op een folder die zichtbaar op het bureau van de arts ligt of via een actieve manier waarbij de arts patiënten die in aanmerking komen zelf aanspreekt en motiveert. Het doel is een vergelijking te maken tussen de respons bij deze 2 benaderingen en de tevredenheid van patiënten te meten.

3.2. Interventie

Het uitdelen van de folders liep van 20 juli 2011 tot en met 19 december 2011. De vragenlijsten van de Gezondheidsgids werden vooraf genummerd en dit werd gelinkt aan gegevens in een Excel-bestand waarin werd bijgehouden welke arts aan welke patiënten een vragenlijst had meegegeven en of dit volgens de actieve of passieve onderzoeksarm gebeurd was. Onze keuze viel voor de groep tussen 45 en 75 jaar volgens de terugbetaling van het GMD+ sinds 1 april 2011 en niet voor de groep tussen 40 en 75 jaar, zoals geadviseerd door Domus Medica. We wilden de ondersteuning vanuit de gemeenschap, die zoals eerder besproken in het pilootproject een noodzakelijke voorwaarde bleek te zijn, zoveel mogelijk gebruiken in ons praktijkproject.

Inclusiecriteria:

- Mannen en vrouwen
- 45 tot 75 jaar
- GMD in de praktijk

Exclusiecriteria:

- acute medische problemen
- patiënten in palliatieve setting
- huisbezoeken
- acute psychiatrische problemen
- zwaar beladen psychosociale problemen
- patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn om de folder te lezen en de vragenlijst zelfstandig in te vullen
- weigering om de 'geïnformeerde toestemming' in te vullen
- 2e of volgende consultatie tijdens de onderzoeksperiode

De interventie gebeurde in een praktijk in een verstedelijkte gemeente met een vaste mannelijke huisarts en een vrouwelijke HAIO.

In de wachtzaal hing een affiche waarmee al een eerste introductie werd beoogd. Op het bureau van de arts stond de preventiefolder met de bijhorende vragenlijst van de Gezondheidsgids. Er werd aan alle patiënten de kans gegeven om zichzelf in de passieve arm te includeren. Om de belasting voor de artsen haalbaar te houden werd vooropgesteld elke derde patiënt die in aanmerking kwam, actief te benaderen.

In geval van onmiddellijke weigering werd gevraagd welke reden hier voor was (zie 9.1.). In beide onderzoeksarmen werd het telefoonnummer van de patiënt gevraagd met de vermelding dat het kaderde in een onderzoek waarbij we de patiënt mogelijk zouden opbellen als we een vraag hadden hierover. De 'geïnformeerde toestemming' (zie 9.2.) werd ingevuld voorafgaand aan het preventieconsult. Voorafgaand aan en na het preventieconsult werd de patiënt gevraagd een vragenlijst in te vullen (zie 3.3.). Patiënten die geen afspraak hadden

gemaakt 6 tot 10 weken na het meenemen van de vragenlijst, werden telefonisch gecontacteerd. Hierbij werd gepeild naar de redenen waarom ze nog niet op preventieconsult waren gekomen. Zij konden alsnog deelnemen aan het preventieconsult.

Tijdens het preventieconsult werd de vragenlijst van de Gezondheidsgids bekeken zoals deze thuis door de patiënt was ingevuld. Er werd voor gekozen de uitvoering van de topics waar dit nodig werd geacht volgens de wetenschappelijke criteria en in overleg met de patiënt, meteen uit te voeren. Dit betekende bijvoorbeeld een eerste bespreking van gezonde voeding en het meegeven van het benodigde materiaal voor het uitvoeren van een hemocculttest. Verdere afspraken werden met de individuele patiënt gemaakt.

3.3. Voorbereiding benodigde documenten

Vooraf werd een folder ontworpen (zie 9.3.) waarin uitgelegd staat wat een preventieconsult inhoudt en waarom dit belangrijk is. Deze folder werd op vorm en inhoud door 5 personen gecontroleerd. Op basis hiervan werden enkele kleine veranderingen aangebracht.

De bijgevoegde vragenlijst, zoals beschikbaar op de website van Domus Medica op 1/7/2011 (www.domusmedica.be/gezondheidsgids), bevat enkele algemene vragen over de persoonlijke en familiale anamnese.

Met als doel voor ons praktijkproject een vragenlijst te ontwikkelen voor het bevragen van patiëntentevredenheid in verband met preventie werden de vragenlijsten, gevonden tijdens de literatuurzoektocht, geanalyseerd. Hierbij konden in een aantal lijsten individuele vragen worden gedistilleerd in verband met preventie binnen geneeskunde. In overleg met de promotor en praktijkopleider werd beslist welke vragen nuttig waren voor inclusie in onze vragenlijsten. Deze werden via het proces van ‘achterwaartse vertaling’ naar de Nederlandse taal vertaald. Zo kwamen we tot een vragenlijst die peilt naar verwachtingen voor een preventieconsult (zie 9.4.) en een vragenlijst die tevredenheid van patiënten bevraagt nadien (zie 9.5.). Beide bestaan uit gevalideerde vragen uit de literatuur in combinatie met eigen vragen die werden opgesteld om hiaten op te vullen. Deze vragenlijsten werden nadien via ‘face validity’ door 2 personen gecontroleerd. Op basis hiervan gebeurden nog enkele kleine aanpassingen.

De actieve benadering gebeurde volgens een vast protocol waarbij het moment van afsluiten van de consultatie werd afgewacht om de introductie te doen. Er werd via een ‘one minute’, een minuut durend motiverend gesprekje, getracht de patiënt te motiveren deel te nemen aan het preventieconsult. De inhoud hiervan werd vastgelegd (zie 9.6.) om dit bij de twee artsen op een vergelijkbare manier te laten verlopen.

Tijdens de literatuurzoektocht werden een aantal artikels gevonden waarbij zogenaamde ‘tevredenheidsvariabelen’ werden geïdentificeerd. Het gaat hierbij over kenmerken die een invloed hebben op patiëntentevredenheid. Er zijn enerzijds patiëntenkarakteristieken, zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, gezondheidsstatus, economische status, opleiding, de aard van het gepresenteerde probleem en de verwachting van de patiënt. Eveneens kenmerken van de arts zoals leeftijd en persoonlijke stijl en karakteristieken van de praktijk zoals praktijkgrootte spelen een rol (8,56,59-61). Om een eventueel verschil in tevredenheid tussen beide onderzoeksarmen met grotere zekerheid te kunnen wijten aan de manier van inclusie (actieve of passieve onderzoeksarm), werd de verdeling van deze kenmerken geregistreerd, voor zover dit nodig en haalbaar werd geacht na overleg tussen HAIO, praktijkopleider en promotor. Doordat het onderzoek slechts in één praktijk plaatsvond, moesten we geen rekening houden met praktijkkenmerken. Eveneens de kenmerken van de arts hoeven niet te worden ingecalculeerd voor het meten van de tevredenheid aangezien de preventieconsultaties enkel door de HAIO werden uitgevoerd. De registratie hiervan gebeurde na het preventieconsult en voor non-responders tijdens de telefonische bevraging. Ook dit telefoongesprek gebeurde volgens een uitgewerkt protocol (zie 9.7.).

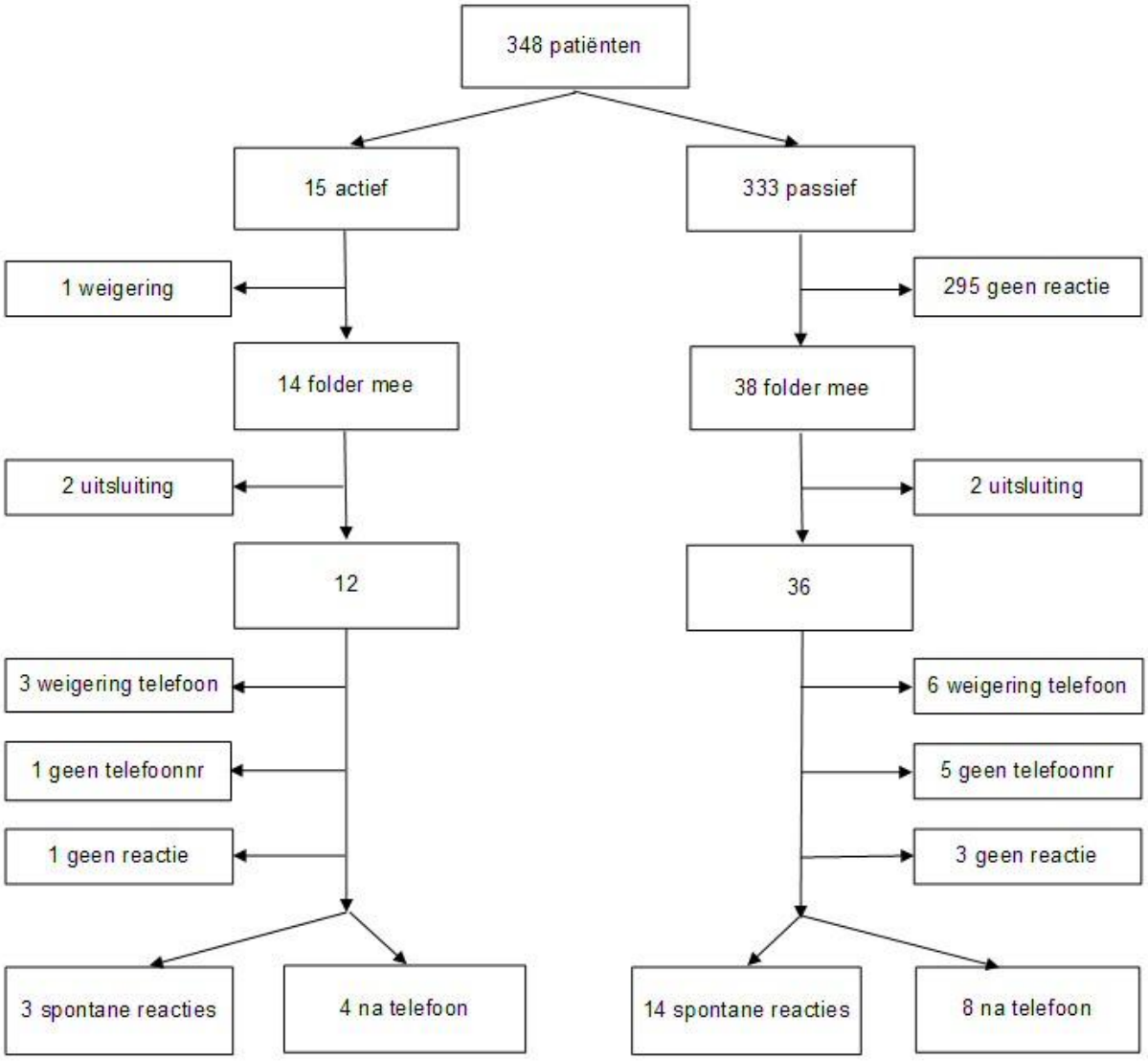
3.4. Verwerking van de gegevens

De gegevens werden verwerkt met Microsoft Excel 2010.

4. Resultaten

4.1. Respons

Figuur 1 toont hoe de interventie is verlopen.



Figuur 1: Verloop van de interventie

348 patiënten kwamen gedurende deze periode van 5 maanden in aanmerking voor het praktijkproject, 111 bij de HAIO en 237 bij de praktijkopleider.

Vijftien patiënten werden actief benaderd, 10 door de HAIO en 5 door de praktijkopleider. De andere patiënten worden in de passieve arm geïncludeerd.

Bij de HAIO waren er geen onmiddellijke weigeringen bij de actieve benadering, bij de praktijkopleider 1. De respons op het aanbieden van de folder in de actieve groep is dus 93.3% (14/15).
In de passieve arm namen 38 van de 333 patiënten uit zichzelf een folder mee. Dit is een respons van 11.4%. Van deze groep zijn 16 (16/111 = 15.8%) patiënten bij de HAIO langs geweest en 22 (22/237 = 9.3%) bij de praktijkopleider.

In de actieve groep werden 2 patiënten uitgesloten omdat het preventieconsult door de praktijkopleider tijdens een huisbezoek werd verricht. Zij werden dus niet aan een vergelijkbaar consult onderworpen zoals de andere patiënten en werden daarom niet verder geïncludeerd. In de passieve groep is één patiënt overleden en ten aanzien van diens partner werd het niet aanvaardbaar gevonden haar nog te belasten met ons onderzoek.

Van de mensen die in de actieve groep een folder meenamen, kwamen 3 patiënten spontaan op preventieconsultatie (3/15 = 20%). Hiervan zijn 2 patiënten uit de groep van de HAIO en 1 patiënt uit de groep van de praktijkopleider.
Na het telefoongesprek kwamen 4 patiënten bijkomend op preventieconsultatie, waarvan 3 uit de groep van de HAIO, 1 uit de groep van de praktijkopleider. Er waren 3 weigeringen tot verdere deelname tijdens het telefoongesprek, van 1 patiënt was geen telefoonnummer beschikbaar en van 1 patiënt kwam uiteindelijk geen reactie na een toestemming tot deelname tijdens het telefoongesprek.
De totale respons in de actieve groep steeg dus van 20% naar 46.7% (7/15) na het telefoongesprek.

In de passieve groep bekomen we een spontane respons van 4.2% (14/333). Vijf patiënten kwamen uit de groep van de HAIO, 9 uit de groep van de praktijkopleider.
Na het telefoongesprek kwamen 8 patiënten bijkomend op preventieconsultatie, waarvan 5 uit de groep van de HAIO, 3 uit de groep van de praktijkopleider. Er waren 6 weigeringen tot verdere deelname tijdens het telefoongesprek, van 5 patiënten was geen telefoonnummer genoteerd en van 3 patiënten kwam uiteindelijk geen reactie na een toestemming tot deelname tijdens het telefoongesprek.
De totale respons in de passieve groep steeg dus van 4.2% naar 6.6% (22/333) na het telefoongesprek.

Als we de twee groepen samen tellen, kwamen 348 patiënten in aanmerking voor deelname aan ons praktijkproject. Er werden in totaal 52 folders meegenomen, 26 via de HAIO en 26 via de praktijkopleider. Dit betekent voor het meenemen van de folder een respons van 14.9% (52/348). Zeventien patiënten kwamen spontaan op consultatie na het meenemen van de folder (4.9% = 17/348). Tijdens het telefoongesprek waren er 9 weigeringen, terwijl 12 patiënten nog bijkomend op consultatie kwamen nadien. In totaal zijn dus 29 patiënten langs gekomen voor een preventieconsultatie, wat neerkomt op een respons van 8.3% (29/348). Door de actieve benadering toe te voegen aan de passieve, verhoog je dus de totale respons van 4.2% (14/333) naar 4.9% (17/348). Door het telefoongesprek verhoog je deze nogmaals naar 8.3% (29/348).

De redenen voor weigering tot verdere deelname tijdens het telefoongesprek worden weergegeven in appendix 3 (zie 8.3.) en verderop besproken (zie 5.1.).

Van alle patiënten die in aanmerking kwamen, reageerde dus ongeveer 1 op 10 (38/333) op een passieve manier op de folder. Hiervan kwam bijna 40% (14/38) spontaan op consultatie. In de actieve onderzoeksarm neemt ongeveer iedereen de folder mee, maar slechts 1 op 5 (3/15) komt nadien spontaan op consultatie.

4.1.1. Respons bij mannen versus vrouwen

Is er een onderscheid te vinden tussen de reacties van mannen en vrouwen in dit praktijkproject? Indien dit het geval is, zou dit kunnen suggereren dat een andere aanpak nodig is om mannen of vrouwen te motiveren voor deelname aan een preventieconsult. Hieronder wordt weergegeven hoeveel mannen en vrouwen in de verschillende onderzoeksarmen werden geïncludeerd.

In aanmerking:

	Man	Vrouw
Actief	5	10
Passief	158	175
Totaal	163	185

Folder mee:

	Man	Vrouw
Actief	4 (80.0%)	10 (100.0%)
Passief	22 (13.9%)	16 (9.1%)
Totaal	26 (15.6%)	26 (14.0%)

Op consultatie:

	Man	Vrouw
Actief	2 (40.0%)	5 (50.0%)
Passief	12 (7.6%)	10 (5.7%)
Totaal	14 (8.6%)	15 (8.1%)

4.1.2. Respons volgens leeftijdscategorieën

Is er een onderscheid te vinden tussen de manier waarop de verschillende leeftijdscategorieën reageren op de verschillende benaderingswijzen in dit praktijkproject? Indien dit het geval is, zou dit kunnen suggereren dat een andere aanpak nodig is om de jongere of oudere populatie te bereiken voor deelname aan een preventieconsult. Hieronder wordt weergegeven hoeveel patiënten per leeftijdscategorie in de verschillende onderzoeksarmen werden geïncludeerd.

In aanmerking:

	45-54	55-64	65-75
Actief	11	2	2
Passief	146	86	101
Totaal	157	88	103

Folder mee:

	45-54	55-64	65-75
Actief	10 (90.9%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)
Passief	16 (11.0%)	11 (12.8%)	11 (10.9%)
Totaal	26 (16.6%)	13 (14.7%)	13 (12.6%)

Op consultatie:

	45-54	55-64	65-75
Actief	5 (45.5%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Passief	6 (4.1%)	8 (9.3%)	8 (7.9%)
Totaal	11 (7.0%)	9 (10.2%)	9 (8.7%)

4.2. Verwachtingen

Met twee vragen werd gepeild naar de verwachtingen van de patiënten ten aanzien van preventieve acties door hun huisarts: 'Verwacht u preventie van uw huisarts?' (Vraag 1) en 'Vindt u dat preventie een taak is van uw huisarts?' (Vraag 2).

Van 1 patiënte die, ondanks toestemming tijdens het telefonisch contact, niet op consultatie kwam, werden wel de gegevens qua verwachtingen geregistreerd. Deze zijn hier ook in opgenomen. Verder zijn dit al diegenen die op consultatie kwamen en bij telefonisch contact weigerden verder deel te nemen. Zo komen we aan een totaal van 39 patiënten.

Hieronder worden de antwoorden op deze vragen weergegeven.

	Ja	Neen
Vraag 1	30	9
Vraag 2	33	6

Hieronder wordt weergegeven welke score de patiënten gaven bij de vraag 'Hoe belangrijk vindt u preventie?'. De bovenste rij toont de score van 1 tot en met 10 en daaronder het aantal patiënten dat deze score aanduidde.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	1	0	2	15	14	1	6

De meeste patiënten scoren een 7 of een 8 op een 10-puntenlijst in antwoord op bovenstaande vraag.

4.3. Tevredenheid

4.3.1. Voor het preventieconsult

De tevredenheid van patiënten over de preventieve interventies van de huisarts in de periode voor het praktijkproject werd geregistreerd met de vragenlijst kan gevonden worden in 9.4. Hieronder worden de antwoorden weergegeven van patiënten, zowel diegenen die op preventieconsult kwamen als diegenen die werden opgebeld, op een likert-type schaal voor tevredenheid.

Antwoord / Stelling	Helemaal niet tevreden	Tamelijk tevreden	Tevreden	Heel tevreden	Bijzonder tevreden	Geen antwoord
1	0	7	22	8	1	1
2	0	5	26	7	0	1
3	3	7	20	8	0	1
4	0	5	28	5	0	1
5	0	4	26	8	0	1

Stelling 1 = De huisarts legt nadruk op preventie
Stelling 2 = De informatie die ik krijg over gezonde levenswijze (zoals voeding en beweging)
Stelling 3 = Regelmatig preventief onderzoek door uw huisarts
Stelling 4 = Advies dat u krijgt om ziekte te vermijden en gezond te blijven.
Stelling 5 = Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten?

Er werd een onderscheid gemaakt tussen de antwoorden van de actieve en de passieve groep om te onderzoeken of hun tevredenheid verschilt. Hieronder worden voor 1 vraag de antwoorden weergegeven. De antwoorden op de andere vragen zijn vergelijkbaar en worden daarom hier niet weergegeven. Deze zijn terug te vinden in appendix 4 (zie 8.4.).

De huisarts legt nadruk op preventie.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal niet tevreden	0	0
Tamelijk tevreden	1	6
Tevreden	8	14
Heel tevreden	1	7
Bijzonder tevreden	0	1
Geen antwoord	0	1

4.3.2. Na het preventieconsult

De tevredenheid van patiënten over het preventieconsult werd geregistreerd met de vragenlijst die kan worden gevonden in 9.5. Hieronder worden de antwoorden van patiënten weergegeven. Twee patiënten uit de passieve groep brachten de tevredenheidslijst over het preventieconsult niet binnen.

Antwoord / Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1	0	0	0	8	19
2	0	0	1	12	14
3	0	0	0	12	15
4	0	0	0	12	15
5	18	6	3	0	0
6	0	0	1	14	13
7	0	0	1	14	13
8	0	0	1	10	16

Stelling 1: Ik ben tevreden over dit preventieconsult.
Stelling 2: Ik zou dit preventieconsult aan familie en/of vrienden aanraden.
Stelling 3: Dokters leggen goed uit waarom een medisch onderzoek nodig is.
Stelling 4: Ik vind dit preventieconsult de moeite om op een aparte consultatie voor langs te komen.
Stelling 5: Ik had het gevoel dat dit preventieconsult me werd opgedrongen.
Stelling 6: Ik weet nu wat me te doen staat.
Stelling 7: Ik had zelf voldoende inbreng. De verschillende opties werden met mij besproken zodat ik zelf kon beslissen waaraan ik wil werken.

Er werd een onderscheid gemaakt tussen de antwoorden van de actieve en de passieve groep om te onderzoeken of deze in verschillende mate tevreden zijn na een preventieconsult. Hieronder worden voor 1 vraag deze antwoorden weergegeven. De antwoorden op de andere vragen zijn vergelijkbaar en worden daarom hier niet weergegeven. Deze zijn terug te vinden in appendix 5 (zie 8.5.).

Ik ben tevreden over dit preventieconsult.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0	0
Mee oneens	0	0
Neutraal	0	0
Mee eens	3	5
Helemaal mee eens	4	15

4.3.3. Patiëntkenmerken

Deze kenmerken werden geregistreerd bij de vragenlijsten die patiënten dienden in te vullen na het preventieconsult (zie 9.5.). Dit omdat een mogelijk verschil in tevredenheid ook door andere factoren kan verklaard worden (zie 3.3.) dan vanuit het verschil in benaderingswijze. Aangezien er echter geen belangrijk verschil in tevredenheid wordt gevonden, is het weergeven van deze resultaten hier weinig zinvol. Deze kunnen wel worden teruggevonden in appendix 6 (zie 8.6.).

4.4. Medisch resultaat

Omdat het niet de bedoeling was medisch-inhoudelijk in te gaan op de resultaten van het preventieconsult, beperk ik me exemplarisch tot de korte bespreking van 1 onderwerp: hoe was het gesteld met de status van de tetanusvaccinatie bij de onderzoeksgroep?

Bij 12 patiënten blijkt de vaccinatie in orde te zijn, zodat slechts over enkele jaren een herhalingsinenting volgens het schema moet gegeven worden. Bij 8 patiënten moet snel een eenmalige inenting worden gegeven zodat de termijn van 20 jaar niet wordt overschreden. Bij 4 patiënten zijn 2 inentingen en bij 5 patiënten zelfs drie inentingen nodig. Dus slechts ongeveer 40% van de patiënten is in orde met zijn vaccinatiestatus.

Dit geeft aan dat voor dit domein het invoeren van de gezondheidsgids in de praktijk zeker zijn nut heeft.

5. Discussie

De HAIO dacht - vanuit haar eigen verwachtingen - dat de respons, zowel voor het meenemen van de folder als het uiteindelijk op consultatie komen, in de actieve groep hoger zou liggen, maar dat mogelijk de tevredenheid van de patiënten achteruit zou gaan tegenover patiënten uit de passieve groep. Een lagere tevredenheid van patiënten over het consult zou dan een lagere therapietrouw tot gevolg kunnen hebben met betrekking tot de genomen besluiten in dit consult.

5.1. Respons

De oorspronkelijke doelstelling om 1 op 3 patiënten actief te benaderen werd niet gehaald. Voor de HAIO benaderde dit 1 op 10 (10/111 = 9.0%), voor de praktijkopleider 1 op 47 (5/237 = 2.1%). Na overleg tussen HAIO en praktijkopleider werd duidelijk dat dit voornamelijk te wijten was aan praktische bezwaren. Ondanks dat de eerste maanden van het onderzoek in een relatief rustige periode vielen, was het toch moeilijk aandacht te hebben voor de actieve benadering op de juiste momenten volgens de vooraf opgelegde verdeling. Dit is een bezwaar dat deels voortvloeit uit de onderzoeksetting zelf, namelijk het proberen actief te benaderen van elke derde patiënt die in aanmerking komt, anderzijds is het een belasting die ook voor de gemiddelde druk bezette Vlaamse huisarts zwaar zal uitvallen. De HAIO heeft gemiddeld genomen een jongere patiëntenpopulatie en hierdoor kwam een kleiner aantal patiënten in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Er waren bij de HAIO veel dagen met slechts 1 of 2 patiënten die in aanmerking kwamen. Door steeds opnieuw te tellen vanaf 0 om bij de derde patiënt pas een actieve benadering toe te passen is het uiteindelijke aantal actieve benaderingen gezakt naar 1 op 10. De praktijkopleider heeft weinig actieve benaderingen uitgevoerd, waardoor dit aandeel in zijn groep nog lager lag.

Het is echter niet alleen de inclusie zelf die een belangrijke bijkomende belasting voor de huisarts vormt. Er is natuurlijk ook nog het preventieconsult zelf. De gemiddelde tijdsbesteding was 43 minuten per persoon. Dit werd vooral naar beneden gehaald door enkele koppels die samen langskwamen waardoor een aantal onderwerpen voor beiden tegelijkertijd besproken konden worden. Een consult voor een individuele patiënt duurde immers al gauw een uur. Ook dit werd als een arbeids- en tijdsintensieve methode ervaren door de HAIO.

We hebben in dit onderzoek 2 manieren vergeleken om de Gezondheidsgids aan te brengen, - dat was immers het opzet - maar gebruikten voor het uitvoeren hiervan slechts 1 methode, namelijk de aparte preventieconsultatie. Er zijn uiteraard nog andere manieren om dit aan te pakken. Het afvinken van de vragenlijst kan bijvoorbeeld veel sneller gebeuren. Mogelijk is het efficiënter om de verschillende preventieve topics uit de gezondheidsgids dan nadien te spreiden over verschillende patiëntencontacten. Dit zou de bijkomende belasting kunnen reduceren. Hier is echter nog geen onderzoek naar gedaan.

De spontane respons van patiënten in de passieve groep is veel lager dan die in de actieve groep. Door de patiënten mondeling te motiveren, kunnen artsen de respons dus gevoelig opdrijven. Er is dus sprake van een belangrijk additief effect door de actieve benadering. Wanneer er wordt gekeken hoeveel mensen spontaan op consult komen van diegenen die een folder meenamen, zien we een ander patroon. De mensen uit de passieve groep komen dan vaker spontaan op consult dan diegenen uit de actieve groep.

De verklaring van dit laatste verschil in spontane reacties kan zijn dat zij die al meer bezig zijn met een gezonde levensstijl, vanuit een soort preoccupatie, sneller reageren op een dergelijk aangeboden folder. Dit is een visie die leeft onder artsen en die hiermee ook lijkt te worden bevestigd. Je moet met andere woorden opletten dat je de eigenlijke doelgroep niet mist, namelijk die mensen die in dit geval nog niet met een preventieve levensstijl bezig zijn. We moeten volgens deze visie dus investeren in strategieën om de mensen die moeilijk te bereiken zijn, toch in de boot te krijgen. Dit liefst zo vroeg mogelijk. Want dit zijn op dit ogenblik de mensen die we zien in een curatieve setting met bijvoorbeeld locomotorische problemen als gevolg van hun overgewicht of na een myocardinfarct. Dan doen we dus aan secundaire of tertiaire preventie in plaats van aan primaire preventie zoals door de Gezondheidsgids hoofdzakelijk wordt nagestreefd. Een combinatie van methoden zoals hier in het praktijkproject wordt gehanteerd, lijkt een goede strategie te zijn. Dit is immers vergelijkbaar met gekende theorieën dat combinatiestrategieën het effect van implementatie verhogen.

We dachten dat mogelijk een verschillende benaderingswijze nodig kon zijn voor subgroepen uit onze patiëntenpopulatie. Daarom vergeleken we de respons van mannen en vrouwen. Uit deze gegevens blijkt dat mannen en vrouwen op een vergelijkbare manier reageren en dus volgens deze gegevens niet op een andere manier dienen benaderd te worden. Dezelfde vergelijking deden we voor de verschillende leeftijdscategorieën. Daar moeten we de opmerking maken dat we zelf een scheeftrekking van de resultaten hebben veroorzaakt door voornamelijk mensen uit de jongste leeftijdscategorie actief aan te spreken. Dit bleek echter pas bij de verwerking van de resultaten en kon dus niet meer worden gecorrigeerd. We zien aan de hand van de resultaten dat een vergelijkbaar aantal patiënten uit de verschillende leeftijdscategorieën een folder meeneemt in de passieve groep, maar dat er in de respons nadien, namelijk het op preventieconsult komen, wel een belangrijk verschil zit. Deze respons is duidelijk lager in de jongste groep die in aanmerking komt voor het GMD+, namelijk de 45- tot 55-jarigen. Dit zouden aanwijzingen kunnen zijn dat de jongste groep beter volgens de actieve strategie wordt benaderd.

De belangrijkste redenen voor non-respons (zie 4.1.) die we verwachten van de druk bezette mens in de huidige maatschappij, worden effectief opgenoemd door de telefonisch gecontacteerde patiënten. Men heeft hier niet meer aan gedacht of heeft geen tijd om hier voor langs te komen. Het gaat immers om iets waar velen niet mee bezig zijn zolang er zich geen problemen voordoen (zie ook 5.5.). Echter, enkel in de groep mensen die ook na een telefoongesprek weigeren deel te nemen, wordt dit ook expliciet als argument verwoord. Het argument ‘ik heb dit niet als dringend geïnterpreteerd’ kunnen we wijten aan de context van het onderzoek, namelijk het opbellen van de patiënten die na enkele weken niet hebben gereageerd.

5.2. Verwachtingen

Met 2 vragen werd gepeild naar de verwachtingen van de patiënten ten aanzien van preventieve acties door hun huisarts: ‘Verwacht u preventie van uw huisarts?’ en ‘Vindt u dat preventie

een taak is van uw huisarts?'. Deze 2 vragen werden met een klein verschil in nuance toch allebei opgenomen in de vragenlijst. Achteraf gezien was dit beter toch niet gebeurd, aangezien enkele patiënten de opmerking gaven dat dit voor hen 2 keer dezelfde vraag leek.

De meeste patiënten blijken toch wel preventieve acties van hun huisarts te verwachten.

In verband met de cijferscore die patiënten gaven op de vraag 'Hoe belangrijk vindt u preventie?', moeten we de opmerking maken dat de betrouwbaarheid van deze cijfers laag ligt. Immers, één patiënte vult 'neen' in op beide vragen, maar scoort een 10 op de cijferscore van belangrijkheid, iemand anders vult dan weer 'ja' in op beide vragen, maar scoort een 4. De gemiddelde score die patiënten echter opgeven, namelijk een 7 of een 8, is in overeenstemming met de antwoorden op de 2 eerder besproken vragen over hun verwachtingen in verband met preventie.

5.3. Tevredenheid

Wanneer we de kolommen met tevredenheid globaal bekijken, valt het op dat de meeste patiënten op de likert-type schaal meestal de middelste mogelijkheid qua tevredenheid kiezen. Hieruit kunnen we concluderen dat patiënten in deze praktijk tevreden zijn over de preventieve acties van de huisarts. De vraag is natuurlijk in welke mate dit iets bijbrengt. We verwachten immers dat patiënten die bij een welbepaalde praktijk patiënt zijn en blijven, tevreden zijn. Anders zouden zij van praktijk veranderen. De patiënt kiest immers de arts en niet omgekeerd. Je kan dit gemiddelde antwoord van tevredenheid dus simpelweg verklaren vanuit het feit dat deze patiënten naar de praktijk komen. We konden geen verschil vinden in de tevredenheid tussen de actieve en de passieve groep. Daarbij moet zeker nog de kanttekening worden gemaakt dat we moeten opletten met het vergelijken van deze groepen. Zij zijn immers intrinsiek anders gemotiveerd, te verklaren vanuit het feit of ze zelf de folder ter hand hebben genomen of niet. Dit kan een vertekening van deze resultaten geven.

Frappant is dat 3 patiënten bij de vraag naar regelmatig preventief onderzoek door de huisarts, antwoorden dat ze hierover helemaal niet tevreden zijn. Twee van hen noteerden hier een uitleg bij op het antwoordformulier. Beiden vinden ze dat de huisarts niet vaak genoeg hun bloeddruk neemt.

We moeten hier nog de opmerking maken dat we ons bewust zijn van een bijkomende vertekening van deze antwoorden. Het is namelijk de vraag of de meerderheid van patiënten wel durft te antwoorden dat ze minder tevreden zijn. Sommigen durven dit blijkbaar wel, zoals hierboven beschreven, maar de meerderheid waarschijnlijk niet. Je kan hier spreken van een welwillendheidsmeting. Ook de manier waarop patiënten de vragenlijsten moesten indienen kan een rem betekend hebben op de eerlijkheid van de antwoorden. De lijst moest immers worden ingediend in een doos in de wachtkamer, waarbij mensen wel zullen beseffen dat de huisarts de gegevens kan linken aan hun antwoorden. De anonimiteit is dus niet helemaal gewaarborgd. Dit had kunnen vermeden worden wanneer patiënten deze lijst dienden op te sturen naar een derde partij waarbij de huisarts niet zelf de verwerking deed.

Patiënten zijn tevreden na een preventieconsultatie. Er kan geen duidelijk verschil in tevredenheid gevonden worden in de verschillende onderzoeksgroepen. De manier waarop de patiënt benaderd werd voor het preventieconsult resulteert dus niet in verschillen qua tevredenheid. Dit is dus geen factor die de implementatie van de Gezondheidsgids op de ene of de andere manier in de weg staat, bijvoorbeeld omdat patiënten uit de actieve groep het gevoel zouden hebben dat het hen opgedrongen werd. We moeten hier uiteraard voorzichtig zijn bij het maken van deze vergelijking. Niet alleen is de onderzoekspopulatie veel te klein om hier harde besluiten te kunnen trekken, bovendien zijn de mensen uit de twee onderzoeksgroepen vanuit zichzelf anders gemotiveerd, te verklaren vanuit het feit of ze zelf de folder ter hand hebben genomen of niet. Dit kan een vertekening van deze resultaten geven.

5.4. Andere resultaten

Patiënten vinden niet dat er onderwerpen ontbreken in deze preventieconsultatie. Onafhankelijk van de manier waarop ze benaderd werden, geeft de meerderheid van de patiënten aan de intentie te hebben de besluiten van het preventieconsult op te volgen. Of dit ook effectief in gedragsverandering wordt omgezet is nog maar de vraag.

Er werd reeds aangehaald dat een thesis ook een praktijkverbetering dient te zijn. Daarom werd als nabeschouwing gekeken naar de effecten die dit praktijkproject heeft gehad op deze praktijk. We stellen vast dat er sinds het praktijkproject meer aandacht gaat naar vaccinaties en hemocculttesten dan voordien. Eerder werd al besproken dat minder dan de helft van de patiënten in orde bleek te zijn met zijn tetanusvaccinatie en het uitvoeren van hemocculttesten was al helemaal geen routine in deze praktijk.

5.5. Indrukken van de HAIO na het uitvoeren van dit praktijkproject

Het uitvoeren van een preventieconsultatie op de manier zoals wij ze hebben opgevat is heel tijds- en arbeidsintensief. Voor een praktiserend huisarts die dagelijks druk bezig is, vermoedelijk té tijdsintensief. Misschien is het à la minute invullen en plannen over verschillende volgende contacten nuttiger dan hiervoor een aparte consultatie te organiseren. Hier heeft de huisarts echter weinig ondersteuningsmogelijkheden voor, zowel qua software als qua organisatie van een praktijk. Het is dan maar de vraag of dit niet tussen de mazen van het net gaat glippen wanneer er telkens nog een extra agendapunt door de arts moet worden aangegrepen. Want veel patiënten, zeker die uit de jongere doelgroep tussen 45 en 55 jaar, komen niet vaak op consultatie bij de huisarts. En als ze dan al komen, hebben ze vaak zelf al verschillende punten op hun agenda staan, laat staan dat de arts er nog eentje extra aanbrengt. Na het praktijkproject zijn we in de praktijk met nog een andere aanpak gestart. Wanneer we er tijdens een consultatie aan denken, nemen we een vragenlijst van de Gezondheidsgids bij de hand en vullen die meteen samen met de patiënt in. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij patiënten die zelf vragen naar een zogenaamde ‘check up’ of jaarlijkse bloedname of wanneer gewichtsproblemen de oorzaak zijn van bepaalde klachten. We geven de patiënt een vervolgafspraak om te bespreken wat we volgens de Gezondheidsgids moeten ondernemen. De arts bereidt zich hierop voor. Voor dit vervolgconsult wordt het GMD+-nomenclatuur gebruikt en dient de patiënt een klevertje van de mutualiteit mee te brengen en 6 euro te betalen. Als de patiënt akkoord gaat, voeren we simpele acties als vaccinaties en een hemocculttest meteen op deze vervolgafspraak uit. Ook met gedragsveranderingen qua dieet, rookstop en beweging kan worden gestart. Dit kan dan uitmonden in een opvolging hiervoor. Dit laatste is nodig om niet simpelweg preventief bezig te zijn als arts, maar om patiënten ook een preventieve ingesteldheid aan te leren. Dit is iets dat de patiënten in deze praktijk niet gewoon zijn en waar dus jaren overheen zullen gaan om dit ingevoerd te krijgen. Voldoen aan de voorwaarden om het GMD+ nomenclatuur te mogen aanrekenen is dus niet zo moeilijk, het kan immers beperkt blijven tot het invullen van de vragenlijst. Het is vooral van belang wat je er nadien mee doet. Om zo volledig mogelijk te zijn, hadden we het onszelf in het praktijkproject, door het opzet van het protocol, wel moeilijker gemaakt. Blijkbaar zelfs té moeilijk, want het was te intensief om dit zo vol te houden. De manier waarop we het nu aanpakken lijkt meer een haalbare kaart om dit op langere termijn een deel van het functioneren van de praktijk te laten worden.

Nuttig zou kunnen zijn om als aanvulling op dit praktijkproject te registreren hoe huisartsen dit nu bijna een jaar na de invoering van het GMD+, sinds 01/04/2011, zelf organiseren in hun praktijk. Hier zouden waarschijnlijk nog andere methoden uit de bus komen.

Wat ik aan het begin van dit praktijkproject en dus ook aan het begin van mijn stageperiode als HAIO veel rooskleuriger inzag, is de motivatie van patiënten. Het blijkt veel moeilijker dan gedacht om mensen te mobiliseren zoals blijkt uit de lage respons in dit praktijkproject. Dan hebben we het zelfs nog niet over gedragsverandering, nodig om rookstop of bewegingstoename op lange termijn vol te houden. Dit sluit aan bij een vorige opmerking (zie 5.1.) over de redenen van non-respons. Onze maatschappij is nog steeds te weinig preventie-gezind. Er zijn de laatste jaren zeker initiatieven geweest die hun bijdrage hebben geleverd, maar dit heeft volgens de resultaten van dit praktijkproject voorlopig weinig effect op de ‘common sense’.

Verbazingwekkend was de mate waarin sommige patiënten moeilijk hun eigen gezondheidstoestand kunnen inschatten. Dit werd opgemerkt aan de hand van de antwoorden op de vraag waarbij patiënten moesten aangeven hoeveel chronische ziekten ze hebben. Hier moesten correcties aangebracht worden bij 3 patiënten, want zij hadden allemaal het aantal chronische ziekten te laag gescoord, ondanks het feit dat hun concrete ziekten in de opsomming als voorbeeld bij de vraag opgenomen waren.

6. Conclusie

De respons op het aanbieden van een preventieconsultatie door een affiche en folder is laag, maar wordt gevoelig verhoogd door als huisarts een actievere rol te spelen door middel van een mondelinge motivatie van de patiënt. Patiënten verwachten echter wel preventieve acties van hun huisarts en zijn tevreden wanneer dit onder de vorm van een preventieconsult wordt aangeboden. Deze consultaties worden door de arts als tijds- en arbeidsintensief ervaren. Mogelijk is een andere manier om de gezondheidsgids in praktijk om te zetten wel efficiënter. Bekijken hoe de huisartsen in het veld, een jaar na het invoeren van het GMD+, dit in praktijk omzetten kan een boeiend onderwerp zijn voor een ander praktijkproject.

7. Referenties

(1) Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. Sitzia J, Wood N. J Qual Health Care. 1998 Aug;10(4):311-7.
(2) Dimensions of quality revisited: from thought to action. Maxwell RJ. Qual Health Care. 1992;1:171–7.
(3) A satisfied patient – a good doc? To what extent is patient satisfaction an indicator of quality in general practice? A systematic review. Berger B, Lenz M, Mühlhauser I. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2008;102(5):299-306.
(4) Design and validation of the Satisfaction With Immunisation Service Questionnaire (SWISQ). Tickner S, Leman PJ, Woodcock A. Vaccine. 2010; Aug 16:28(36):5883-90.
(5) Patients' responsiveness to a decision support tool for primary prevention of cardiovascular diseases in primary care. Van Steenkiste B, van der Weijden TM, Stoffers JH, Grol RP. Patient Educ Couns. 2008 Jul;72(1):63-70.
(6) The effect of lifestyle interventions on quality of life and patient satisfaction with health and health care. Berra K. J Cardiovasc Nurs. 2003 Sep-Oct;18(4):319-25.
(7) Physician – nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. J Interprof Care. 2003 Aug;17(3):223-37.
(8) Does health habit counselling affect patient satisfaction? Barzilai DA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Stange KC. Prev Med. 2001 Dec;33(6):595-9.
(9) Relationship of disability prevention to patient health status and satisfaction with primary care provider. Radosevich DM, McGrail MP Jr, Lohman WH, Gorman R, Parker D, Calasanz M. J Occup Environ Med. 2001 Aug;43(8):706-12.
(10) Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. Murray-Garcia JL, Selby JV, Schmittdiel J, Grumbach K, Quesenberry CP Jr. Med Care. 2000 Mar;38(3):300-10.
(11) The provision of preventive care by general practitioners measured by patient completed questionnaires. Steven ID, Thomas SA, Eckerman E, Browning C, Dickens E. J Qual Clin Pract. 1999 Dec;19(4):195-201.
(12) The 'Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS-21) adapted for British general practice. Meakin R, Weinman J. Fam Pract. 2002 Jun;19(3):257-63.
(13) Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. Baker R. Br J Gen Pract. 1990 Dec;40(341):487-90.

(14)The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behaviour. Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. J Behav Med. 1978 Dec;1(4):391-401.
(15)A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. Fam Pract. 1996 Feb;13(1):41-51.
(16)The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – development and psychometric characteristics. Mead N, Bower P, Roland M. BMC Fam Pract. 2008 Feb 20;9:13.
(17)Measuring patient satisfaction for the Quality and Outcomes Framework. Hankins M, Fraser A, Hodson A, Hooley C, Smith H. Br J Gen Pract. 2007 Sep;57(542):737-40.
(18)The measurement and meaning of patient satisfaction. Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. Health Med Care Serv Rev. 1978 Jan-Feb;1(1):1, 3-15.
(19)Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M et al. Fam Pract. 2005;22:215–22.
(20)http://www.rand.org/health.html
(21)Cancer prevention in primary care: predictors of patient counselling across four risk behaviours over 24 months. DePue JD, Goldstein MG, Redding Ca, Velicer WF, Sun X, Fava JL, Kazura A, Rakowski W. Prev Med. 2008 Mar;46(3):252-9.
(22)Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings: results from the Medical Outcomes Study. Rubin HR et al. JAMA.1993;270:835-40.
(23)A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. Weingarten SR, Stone E, Green E, Pelter M, Nessim S, Huang H, Kristopaitis R. Am J Med. 1995;99:590-6.
(24)The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. Tarlov AR, Ware JE Jr, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. JAMA. 1989 Aug 18;262(7):925-30.
(25)Evaluation of community matron services in a large metropolitan city in England. Leighton Y, Clegg A, Bee A. Qual Prim Care. 2008;16(2):83-9.
(26)The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. Linder-Pelz S, Struening EL. J Community Health. 1985;10(1):42-54.
(27)Administering Patient Satisfaction Questionnaires at Diverse Ambulatory Care Sites. Osterweis M, Howell JR. J Ambul Care Manage. 1979 Aug;2(3)67-88.
(28)The Significance of Patients' Perceptions of physician conduct : a study of patient satisfaction an a family practice center. DiMatteo MR, Hays R. J Community Health. 1980;6(1):18-34.
(29)Incentivized digital outcomes collection. Isenberg SF, Davis CL, Adams CE, Isenberg JS, Isenberg MA. Am J Med Qual. 2001 Nov-Dec;16(6):202-11.
(30)The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. Fam Pract. 2010 Apr;27(2):171-8.
(31)The use of electronic health records in the exam room and patient satisfaction: a systematic review. Irani JS, Middleton JL, Marfatia R, Omana ET, D'Amico F. J Am Board Fam Med. 2009 Sep-Oct;22(5):553-62.
(32)Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. Powell DG, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Med J Aust. 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S65-8.
(33)Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Psychother Psychosom. 2008;77(4):219-26.
(34)Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Br J Gen Pract. 2007 Sep;57(542):741-7.
(35)Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004180.

(36)Women's satisfaction with primary care: a new measurement effort from the PHS National Centers of Excellence in Women's Health. Scholle SH, Weisman CS, Anderson R, Weitz T, Freund KM, Binko J. Womens health Issues. 2000 Jan-Feb;10(1):1-9.
(37)Impact of unlicensed assistive personnel on patient satisfaction: an integrative review of the literature. Siehoff AM. J Nurs Care Qual. 1998 Dec;13(2):1-10.
(38)Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. van Campen C, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Med Care Res Rev. 1995 Mar;52(1):109-33.
(39)Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. J Gen Intern Med. 2005 Mar;20(3):226-33.
(40)What do we really know about patient satisfaction? Thiedke CC. Fam Pract Manag. 2007 Jan;14(1):33-6.
(41)Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. Williams S, Weinman J, Dale J. Fam Pract. 1998 Oct;15(5):480-92.
(42)Patient views on quality care in general practice: literature review. Lewis JR. Soc Sci Med. 1994 Sep;39(5):655-70.
(43)Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. Wensing M, Grol R, Smits A. Soc Sci Med. 1994 Jan;38(1):45-53.
(44)Development of the Korean primary care assessment tool – measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kom SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park HK; Korean Primary Care Research Group. Int J Qual Health Care. 2009 Apr;21(2):103-11.
(45)Patients' perspective in Chilean primary care : a questionnaire validation study. Pantoja T, Beltran M, Moreno G. Int J Qual Health Care. 2009 Feb;21(1):51-7.
(46)The development and validation of the primary care satisfaction survey for women. Scholle SH, Weisman CS, Anderson RT, Camacho F. Womens Health Issues. 2004 Mar-Apr;14(2):35-50.
(47)Translating and validating an instrument for measuring patients' satisfaction with primary care physicians in Palestine: the case of EUROPEP. Abu Mourad T, Shashaa S, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. Eur J Gen Pract. 2007;13(4):241-3.
(48)Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. BMC Health Serv Res. 2006 Dec 5;6:156.
(49)Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. Flocke SA. J Fam Pract. 1997;45:64-74.
(50)The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. BMC Health Serv Res. 2008 Sep 1;8:182.
(51)Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, Nicolucci A. Eur J Gen Pract. 2007;13(2):92-4.
(52)On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. Goedhuys J, Rethans JJ. Fam Pract. 2001 Dec;18(6):592-6.
(53)Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Qual Health Care. 2000 Dec;9(4):210-5.
(54)The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. Baker R. Fam Pract. 1991;8:171-7.
(55)Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Sitzia J, Wood N. Soc Sci Med. 1997 Dec;45(12):1829-43.
(56)Patient satisfaction with general practice in Ireland. Millar M. Ir Med J. 2001 Apr;94(4):106,108-9.
(57)www.quakunde.nl

(58)www.cfepuksurveys.co.uk
(59)Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. Hall J, Doran M. Soc Sci Med. 1990;30:811-8.
(60)An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC, Akkermans RP, Sibbald B, Grol RP. J Clin Nurs. 2008 Oct;17(20):2690-8.
(61)Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Health Expectations. 2003;6:160-91.
(62)Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Ware JE, Hays RD. Med Care. 1988;26(4):393-402.
(63)Managed care, primary care and the patient-practitioner relationship. Forrest CB, Shi L, von Schrader S, Ng J. J Gen Intern Med. 2002;17:270-7.
(64)Meta-analysis of satisfaction with medical care : description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Hall JA, Dornan MC. Soc Sci Med. 1988;27:637.
(65)Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. Williams SJ and Calnan M. Soc Sci Med. 1991;33(6):707-16.
(66)http://homepages.which.net/~collegeofhealth/pub2.htm
(67)A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. Grol R, Mainz J, Wensing M. Eur J Gen Pract. 2000;6:82-7.
(68)Patients in Europe evaluate general practice care : An international comparison. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Heamshaw H, et al. Br J Gen Pract. 2000;50:882-7.
(69)www.nivel.nl
(70)CQI Huisartsenzorg : meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van patiënten : de ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Meuwissen LE, Bakker DH. Utrecht: Nivel,2008.
(71)www.centrumklantervaringzorg.nl
(72)Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Utrecht/Nijmegen : Nivel/WOK,2004.
(73)The National Survey of NHS Patients: General Practice 1998. Airey C, Bruster S, Erens B, Lilley SJ, Pickering K, Pitson L. NHS,1999 Jan.
(74)www.pickereurope.org
(75)Health education and patient satisfaction. Schauffler H, Rodriguez T, Mistein A. J Fam Pract. 1996;42:62-8.

8. Appendices

8.1. Appendix 1: Methode literatuurzoektocht

De combinatie van 'patient satisfaction' en 'primary prevention' leverde 73 resultaten op. Elf artikels werden op basis van de titel geselecteerd. Hiervan werden de abstracts gelezen, waarna twee artikels werden geëxcludeerd. Naar 1 artikel werd gezien het lokale karakter niet verder gezocht. Van de overblijvende artikels werd de full text bekeken en indien nuttig volledig gelezen (4-11). Ook gerelateerde artikels en mogelijk interessante referenties werden bestudeerd. Zo werden bijkomend 8 artikels bijgehouden (12-19). Door de zoektocht naar een vragenlijst uit deze artikelselectie, werden via een website (20) nog bijkomende vragenlijsten gevonden.

Er werden ook combinaties gemaakt van interessante tijdschriften voor dit domein met de MeSH-term 'patient satisfaction'. Deze tijdschriften werden gevonden via de Journal-database van Medline. Dit gebeurde voor 'American Journal of Preventive Medicine', 'Journal of Primary Prevention', 'Preventive Medicine' en 'Quality in Primary Care'. Abstracts werden gelezen en de mogelijk nuttige artikels werden gedownload en verder bekeken. Ook gerelateerde artikels en mogelijk interessante referenties werden bestudeerd. Zo werden met de zoektocht aan de hand van 'Preventive Medicine' 3 artikels bij gehouden en aan de hand van 'Quality in Primary Care' 2 artikels (21-25). In onze zoektocht naar de originele vragen van enkele van deze vragenlijsten, vonden we nog bijkomende tevredenheidslijsten (20,26-28). Eén vragenlijst werd via een extra zoektocht met de zoekterm 'Visit Rating Questionnaire' gevonden (29).

Omdat na deze zoektocht geen vragenlijsten werden gevonden over tevredenheid in verband met preventieve geneeskundige acties, werd de zoektocht uitgebreid naar patiëntentevredenheid in de eerste lijn. Dit met het oog op mogelijk individuele vragen die zouden kunnen worden geëxtraheerd uit algemenere vragenlijsten.

De eerstvolgende zoektocht met 'primary health care' en 'patient satisfaction' leverde te veel resultaten (2589) op. De volgende search met 'patient satisfaction' met limits 'laatste 5 jaar', 'review of meta-analyse' en 'Engels of Nederlands' leverde 1054 resultaten op. Omdat dit nog steeds te veel resultaten waren, werd een search gedaan met 'primary health care' en 'patient satisfaction' met limits 'review, meta-analyse' en taal (Engels of Nederlands). Dit leverde 170 resultaten op. Zestien artikels werden op basis van titel bijgehouden. Zes artikels werden aan de hand van de inhoud van de abstract niet meer bijgehouden. Eén artikel werd al gevonden via een vorige zoektocht. Van de overige 9 artikels werd de full text gelezen (30-38). Twee relevante gerelateerde of gerefereerde artikels werden ook bijgehouden (9,39).

De volgende search met 'patient satisfaction' en 'family practice' met limits 'review of meta-analyse' en taal (Engels of Nederlands) leverde 63 resultaten op. Dertien artikels werden op basis van titel weerhouden. Vijf artikels werden aan de hand van de inhoud van de abstract niet meer bijgehouden en 4 artikels waren al gevonden via een vorige zoektocht. Van de resterende 4 artikels werd de full text bekeken, gerelateerde artikels en mogelijk interessante referenties bestudeerd (40-43). Er werden echter geen relevante artikels met bijkomende informatie weerhouden.

Een andere search met 'patient satisfaction' en 'primary health care' met limit 'validation studies' leverde 39 resultaten op. Elf artikels werden op basis van titel weerhouden. Twee artikels werden op basis van de abstract niet meer bijgehouden en 4 artikels waren al gevonden via een vorige zoektocht. Van 1 artikel was de full text niet beschikbaar online en gezien het lokale karakter van het tijdschrift werd hier niet verder naar gezocht. Eén artikel bespreekt validering van een vragenlijst die al eerder werd gevonden. Dit artikel en de overige 3 werden bestudeerd (44-47). Door het bekijken van gerefereerde en gerelateerde artikels werden bijkomend 2 artikels bijgehouden (48,49).

De laatste search was met 'family medicine' in plaats van 'primary health care' gelijklopend aan de vorige. Dit leverde 16 resultaten op. Er werden er 11 weerhouden op basis van titel. Vijf artikels waren via een vorige zoektocht al gevonden, 1 artikel was niet beschikbaar en 1

artikel werd aan de hand van de abstract niet meer weerhouden. De overige 4 artikels werden doorgenomen (50-53). Relevante gerefereerde artikels werden bestudeerd (54,55).

Er werd op advies van experten gezocht op de website van NIVEL, het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Ook via het Belgische KCE (Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg) werden geen vragenlijsten gevonden. We hebben ook weet van het project Europrev. Dit is echter nog niet afgelopen, waardoor de informatie hier niet kan worden opgenomen.

8.2. Appendix 2: Resultaten literatuurzoektocht

Via de zoektocht 'patient satisfaction + primary prevention' werden onderstaande artikels gevonden. Het eerste beschrijft de ontwikkeling van een tevredenheidslijst in Groot-Brittannië voor ouders in verband met de vaccinatie van hun kind (4). Hierbij kunnen zij op 19 items tevredenheid met tal van aspecten van het vaccinatieconsult een score van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden) weergeven. Deze 'Satisfaction With Immunisation Service Questionnaire' (SWISQ) vragenlijst zou naar mening van de auteur in België eerder toepasbaar zijn op het vaccinatieprogramma zoals het door Kind en Gezin wordt uitgevoerd, maar niet echt voor de eerste lijn.

Baker ontwikkelde als eerste een instrument in Groot-Brittannië om specifiek patiëntentevredenheid over eerstelijnsgeneeskunde na te gaan. Dit bestond uit twee aparte schalen. De eerste was de 'Consultation Satisfaction Questionnaire' (CSQ) om tevredenheid met een concrete consultatie te beoordelen (13). De andere was de 'Surgery Satisfaction Questionnaire' (SSQ) om alle andere aspecten van dienstverlening door de eerste lijn te beoordelen (54).

Een Nederlandse onderzoeksgroep gebruikte de eerder vermelde CSQ in 2008 om de tevredenheid na te gaan van patiënten met een programma voor primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen (5).

De 'Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS) werd ontwikkeld in USA in 1978 door Wolf als een 29-ledige vragenlijst (14). Hieraan werden veranderingen aangebracht en het werd als een 21-ledige vragenlijst (MISS-21) in Groot-Brittannië toegepast (12).

Deze twee schalen zijn in Groot-Brittannië, door het 'Department of General Medicine' van de universiteit van Wales vergeleken met elkaar. Er werd geen superioriteit van een van beide gevonden (15).

De 'Patient Satisfaction Questionnaire' (PSQ), ontwikkeld door Ware in 1978 (18) wordt door verschillende andere auteurs gebruikt (oa 30,56). Deze werd in 2000 gevalideerd (52). De oorspronkelijk 80-ledige vragenlijst wordt nu bestempeld als de PSQ-I, terwijl sindsdien recentere versies werden ontwikkeld. De PSQ-III kon wel worden teruggevonden via de website van RAND Corporation (Research ANd Development), een Amerikaanse organisatie die een brug vormt tussen wetenschappers van verschillende disciplines en onderzoek voert op domeinen zoals defensie, justitie, onderwijs en gezondheid (20). Deze versie bespreken we in de tabel. Er bestaat nog een kortere versie van de PSQ-III, de PSQ-18, die ontwikkeld is voor situaties waarbij administratie van de PSQ-III het gebruik hiervan belemmert (20). Deze is in het Nederlands gevalideerd door 'Quakunde', een Nederlandse organisatie die onderzoek ondersteunt en uitvoert, waaronder ook patiëntentevredenheidsonderzoeken (57). Volgens de website van 'Quakunde' bestaat er ook een Nederlandse Patiënt Tevredenheids Vragenlijst (NPTV), een aangepaste versie van de PSQ-III en een Praktijk Bezoek Evaluatie Formulier (PBEF). Na contact met deze organisatie bleken deze vertalingen echter nooit uitgevoerd te zijn.

In Groot-Brittanië werd in 2004 een groot initiatief opgezet om de kwaliteit van gezondheidszorg te evalueren, het 'Quality and Outcomes Framework' (17). Twee vragenlijsten werden aan patiënten voorgelegd: de 'Improving Practice Questionnaire' (IPQ) en de 'General Practice Assessment Questionnaire' (GPAQ) (16). De IPQ is een vragenlijst met 27 items onder andere over toegankelijkheid van de praktijk, continuïteit van zorgen en communicatie. Deze blijkt na contact met de contactpersonen van de website van CFEP (Client Focused Evaluation Programs) UK Surveys nog niet vrijgegeven (58). De GPAQ is het resultaat van een lang ontwikkelingsproces. De eerste versie, de 'General Practice Assessment Survey' (GPAS), werd ontwikkeld in 1997 als een meetinstrument voor patiëntenperceptie over beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, technische en interpersoonlijke competentie van medische professionelen en coördinatie en continuïteit van zorgen. Deze is op zijn beurt gebaseerd op de 'Primary Care Assessment Survey' (PCAS), die in zijn tijd wereldwijd het meest gevalideerde instrument voor evaluatie van de eerste lijn was (16). De derde en recentste versie van april 2011 van GPAQ kon worden bemachtigd via de website van CFEP. De GPAS heeft al iets minder evidentie en met de omvormingen naar de GPAQ rees terug de vraag naar nieuw onderzoek naar validiteit van deze vragenlijst. Zowel de GPAQ als de IPQ blijken onvoldoende gevalideerd te zijn (17).

Via deze zoektocht werd een reeks artikels gevonden die variabelen weergeven die patiëntentevredenheid kunnen beïnvloeden (8,56,59-61). Bespreking hiervan gebeurt verderop (zie 3.3. en 4.3.3.) .

De zoektocht met 'patient satisfaction' in combinatie met verschillende tijdschriften leverde met 'Preventive Medicine' de VSQ-9 op, een 'Visit specific Satisfaction Questionnaire'(22). Dit was een aangepaste versie van de VRQ, de 'Visit Rating Questionnaire'. De VRQ (29) maakte deel uit van de vragenlijsten gebruikt bij de 'Medical Outcomes Study' (MOS) die in de VSA in 1989 voor kwaliteitsonderzoek van de gezondheidszorg werd uitgevoerd (20,22,24). MOS onderzocht onder meer parameters van levenskwaliteit en gaat hiermee het opzet van onze literatuurzoektocht te buiten. VSQ-9 wordt als vragenlijst gebruikt in tal van studies die we via deze zoektocht vonden, soms onder de naam 'MOS-9-item visit rating scale'(oa8,21,31,49).

In de zoektocht naar de originele vragen van de VRQ, via referenties weergegeven op de website (62), vonden we nog een 'Patient Satisfaction Questionnaire' (26), een gelijknamige, maar niet dezelfde als die van Ware (18) (benoemen wij in de tabel als PSQ2). Eveneens de 'Questionnaire for Measuring Patient Satisfaction' (QMPS) (27) en de 'Patient Satisfaction Scale' (PSS) (28) werden via de referentielijst van (62) gevonden. Ook deze lijsten werden opgenomen in de tabel. Deze laatste vragenlijsten vermelden specifiek dat ze gaan over 'primary care clinics' in Amerika. We zijn ons er van bewust dat dit andere omstandigheden zijn dan hoe wij hier werken in de eerste lijn, maar als we deze vragenlijsten om die reden zouden uitsluiten van ons onderzoek, zouden we dat ook moeten doen met alle vragenlijsten ontwikkeld in Amerika.

Een kleine studie besluit dat patiënten die preventieve acties aangeboden kregen van hun arts meer tevreden zijn dan wanneer dit niet gebeurde (23). Zij gebruikten voor het meten van tevredenheid 14 vragen van het 'RAND Health Instrument', zonder dit verder te specifiëren. Het RAND HIE (Health Insurance Experiment) was een grootschalig onderzoek van verzekeringsinstellingen in de jaren '70 in de VSA waarbij men wilde onderzoeken wat het effect van gratis gezondheidszorg zou zijn op het gebruik en de gezondheid van de bevolking (20).

Via deze website van RAND (20) werd een bijkomende vragenlijst gevonden, namelijk de 'Patient Satisfaction Survey' (benoemen wij in de tabel als PSS2) ontwikkeld voor de toenmalige 'Unified Medical Group Association', VSA, nu de 'American Medical Group Association'. Deze is beschikbaar in de Engelse en Spaanse taal. Hier wordt zowel tevredenheid met zorg als gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit bevraagd. Deze vragenlijst werd ook opgenomen in de tabel.

Via het tijdschrift 'Quality in Primary Care' werd een gevalideerde vragenlijst gevonden. 'Clinical Microsystems' werd ontwikkeld door het 'Institute for health care improvement' van het Dartmouth college, Groot-Brittannië (25). De vragenlijst om patiëntentevredenheid te meten maakt deel uit van een werkboek bedoeld om microsystemen in de gezondheidszorg, dus individuele praktijken in diverse omgevingen, een hulpmiddel aan te reiken om de kwaliteit van hun geleverde zorg te evalueren en te verbeteren. De vragen voor patiënten worden onderverdeeld in een 'Patient/Family Satisfaction with Primary Care Practice Access Survey' en een 'Primary Care Practice Patient Viewpoint survey'. Daarnaast wordt ook bij patiënten met chronische ziekten gevraagd naar de tevredenheid over de zorg hiervoor en worden ook de mogelijk diverse professionelen in deze praktijken bevraagd. Maar dit behoort niet meer tot de doelstelling van onze literatuurzoektocht.

Uit de beschreven zoektocht met 'primary health care' en 'patient satisfaction' werd de volgende informatie gedistilleerd. Een systematische review uit 2010 onderzocht de relatie tussen continuïteit van de arts-patiëntrelatie en patiëntentevredenheid (30). De besproken artikels gebruikten voor het meten van de patiëntentevredenheid aangepaste versies van de PSQ-I, eigen ontwikkelde vragenlijsten of andere gevalideerde instrumenten zoals de 'Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire' (SOSQ) (39), de 'MOS 9-item visit rating scale' (49) en de CSQ. De SOSQ is een vragenlijst die ontwikkeld werd voor gebruik in eerste lijn vanuit bestaande instrumenten. Een ander instrument was de 'Patient-primary care physicians scale', die bestaat uit zeven items van de 'Community Tracking Study Household Survey' die

enkel de arts-patiënt relatie bevraagt vanuit het standpunt van de patiënt (63). Dit gaat ons studieopzet te buiten en daarom wordt deze lijst niet opgenomen in de tabel.

De volgende systematische review (31) bespreekt de relatie tussen het gebruik van elektronische documenten tijdens een arts-patiëntcontact en de patiëntentevredenheid. Voor het meten van de patiëntentevredenheid werden in de besproken studies geen gevalideerde instrumenten gebruikt, maar enkel zelf ontwikkelde vragen met weergave van een tevredenheidsscore op 100 of de visie van de arts op de patiëntentevredenheid.

In Powell, 2008, wordt niet besproken hoe de tevredenheid werd gemeten, daarom wordt dit artikel hier niet opgenomen (32).

In de systematische review van Joosten et al wordt het effect van 'shared decision making' op patiëntentevredenheid bestudeerd (33). De methoden om patiëntentevredenheid te meten worden soms niet weergegeven en soms worden zelf ontwikkelde vragenlijsten gebruikt. In twee studies wordt de 'Patient Satisfaction with Decision Making Questionnaire' gebruikt. Eenmaal wordt een vragenlijst over tevredenheid ivm psychiatrische zorgen toegepast. Deze vragenlijsten werden niet verder bekeken, gezien deze niet passen in ons opzet.

Een systematische review uit 2007 gaat over bevraging van patiëntentevredenheid in verband met wachtdiensten in de eerste lijn (34). De vragenlijsten die hiervoor worden gebruikt, zijn ontwikkeld voor de concrete situatie van wachtdiensten en zijn niet toepasbaar voor de algemene setting in de eerste lijn die wij beogen. Daarom werden zij niet verder geanalyseerd.

In 2004 publiceerde de Cochrane Database een systematische review (35) over het effect van telefonische consultaties en triage op patiëntentevredenheid. Hoe de tevredenheid wordt gemeten in de individuele studies, wordt niet of onvolledig weergegeven en dus is dit hier niet opgenomen.

Het volgende artikel kadert ook in de bespreking van parameters die een invloed hebben op patiëntentevredenheid en komt verderop terug ter sprake (36). Het hoofdonderwerp betreft echter de ontwikkeling van een tevredenheidsinstrument specifiek voor vrouwelijke patiënten in de eerste lijn: de 'Primary Care Satisfaction Survey for Women' (PCSSW).

De invloed van ongediplomeerd personeel op de tevredenheid van patiënten wordt bekeken in een review in 1998 (37). De tevredenheidslijsten werden hier echter niet verder geanalyseerd omdat het hier over een ziekenhuissetting ging.

Een review van Van Campen et al in 1995 ging op zoek naar betrouwbare en gevalideerde instrumenten om kwaliteit van de gezondheidszorg te beoordelen vanuit het patiëntenperspectief (38). Voor 1983 bleek al het onderzoek dat hiernaar gedaan was onvoldoende theoretisch onderbouwd en voor die periode waren er volgens deze auteurs weinig betrouwbare en gevalideerde instrumenten ontwikkeld. Zij vonden in hun zoektocht tot 1993 slechts 5 meetinstrumenten die aan 3 of meer van hun 5 vooropgestelde criteria voldeden. De 'Patient Satisfaction Questionnaire' (PSQ-I, Ware et al, zie eerder) werd volgens hen onvoldoende theoretisch onderbouwd en onvoldoende gevalideerd. De theoretische onderbouwing van de 'Client Satisfaction Questionnaire' (CSQ, Larsen et al, 1979) was ook onvoldoende en het instrument was niet discriminerend in de verschillende aspecten van kwaliteit van gezondheidszorg. De 'Satisfaction With Physician and Primary Care Scale' (SPPCS, Hulka et al, 1970) werd onvoldoende gevalideerd en bekritiseerd door externe reviewers. 'De Patient Judgements of Hospital quality Instrument' (PJHQ) en de 'Service Quality Instrument' (SERVQUAL) werden niet in de eerste lijn geëvalueerd. De conclusie van deze auteurs was dat er in 1995 nog geen voldoende gevalideerd instrument beschikbaar was om de kwaliteit van gezondheidszorg vanuit het patiëntenperspectief te beoordelen. Gezien deze beoordeling werd naar de originele vragenlijsten niet verder gezocht en zijn zij bijgevolg niet in de tabel opgenomen.

Via de zoektocht met 'family practice' en 'patient satisfaction' werd een eerste narratief artikel gevonden (40). Informatie over patiënt- en artsgebonden factoren die een invloed hebben op patiëntentevredenheid wordt hier ook weergegeven, overeenkomend met de informatie die we verderop hierover uitschrijven. Gezien het narratieve karakter van dit artikel werd verder geen rekening gehouden hiermee.

Een review over het verband tussen arts-patiëntcommunicatie en patiëntentevredenheid includeerde meerdere studies (41). Deze studie beschreef echter geen methodologisch opzet

van hun zoektocht en werd daarom kwalitatief onvoldoende beschouwd om te includeren in ons werk.

De literatuuranalyse van Michel Wensing en Richard Grol in 1995 concludeerde dat weinig veranderd was sinds de vorige review van Hall en Dornan in 1988 (43,64). Zij vonden en beoordeelden 40 studies over patiëntenbeoordeling van eerstelijnsgezondheidszorg. Twee belangrijke punten van kritiek waren dat veel aspecten van zorg slechts zelden geïncludeerd waren en dat patiënten slechts zelden betrokken werden in het selecteren van deze aspecten. Zij gebruikten voor hun analyse de verschillende aspecten van zorg zoals vastgelegd door de Nederlandse Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Raad van Gezondheidsonderzoek. Hieronder valt het onderwerp voedingsadvies ("nutrition: quality and taste of diets"). Maar geen enkele geïncludeerde studie stelde een vraag aan patiënten over dit onderwerp. Verder werd er niet expliciet gekeken naar vragen over preventie.

De review van J. Lewis in 1994 bekijkt enkele vragenlijsten in detail (42). De CSQ/SSQ van Baker werd eerder al besproken. De 'Consumer Satisfaction with Primary Care' (CSPC) maakt onderscheid tussen vier domeinen: 'toegankelijkheid en beschikbaarheid', 'arts-patiënt-relatie', 'professionele vaardigheden en kwaliteit van zorg' en 'organisatorische aspecten van zorg' (65). 'Ask the Patient' is een pakket ontwikkeld door 'College of Health' in Groot-Brittannië, dat informatie geeft aan praktiserende artsen om onderzoek te doen naar patiëntentevredenheid door gebruik te maken van observatie, interview en vragenlijsten. Het bestaat uit 4 vragenlijsten. Eén ervan vraagt naar een algemene visie op de praktijk, een tweede focust op toegankelijkheid en administratie, de derde gaat over de faciliteiten en de vierde peilt naar de verleende zorg. Dit pakket is enkel beschikbaar via internet mits betaling (66). Ondanks betaling werd deze niet verkregen. De 'Critical Incident Technique' (CIT) is ontwikkeld om patiënten te laten praten over gebeurtenissen die zij belangrijk achten en past niet in het opzet dat wij beogen.

Aan de hand van de zoektocht met 'patient satisfaction' en 'primary health care' met limit 'validation studies' werd de 'Korean Primary Care Asessment Tool' (KPCAT) gevonden (44). Deze vragenlijst is enkel gevalideerd in Zuid-Korea. Eveneens de 'Health Center Assessment Questionnaire', ontwikkeld in Chili, werd via deze weg aan onze lijst toegevoegd, doch de vragenlijst kon niet via de auteurs worden bemachtigd en gezien het lokale karakter werd hier niet verder naar gezocht (45). Via deze artikels vonden we de 'Primary Care Assessment Tool', dewelke echter via medline niet kon worden teruggevonden, en de eerder gevonden PCAS en GPAS (48). Via deze zoektocht werd ook de 'Component of Primary Care Index' (CPCI) (49) gevonden. Hier wordt onderdeel patiëntentevredenheid gemeten aan de hand van de 'MOS-9-item visit rating scale', die we eerder al vonden (30).

Het EUROPEP-instrument ('European Task Force on Patient Evaluation of general Practice') (47,51) is ontwikkeld voor evaluatie van de eerste lijn door EQUIP (European association for quality in general practice/family medicine) onder leiding van Richard Groll (67). In het patiëntengedeelte wordt tevredenheid gemeten, maar ook de artsen en medewerkers van de praktijk worden bevraagd over het praktijkfunctioneren. Dit instrument werd nadien gevalideerd in meer dan 10 Europese landen, waaronder ook België. Hieruit bleek dat de patiënten over het algemeen wel tevreden zijn over hun huisarts, maar dat enkele domeinen, waaronder preventieve interventies, voor verbetering vatbaar zijn (68).

Via deze zoektocht werd een validatie-studie van het eerder besproken instrument de PCSSW gevonden (46). Het gebruik van dit instrument om tevredenheid van vrouwen over de eerste lijn te meten zou volgens de resultaten van deze studie beter zijn dan het gebruik van een algemeen instrument omdat het meer rekening houdt met de bezorgdheden van vrouwen over gezondheid.

De zoektocht met 'family medicine' en 'patient satisfaction' met limit 'validation studies' leverde een gevalideerde vragenlijst op om chronische zorgverlening in eerste lijn te beoordelen: de 'Patient Assessment Chronic Illness Care' (PACIC). Deze werd reeds gevalideerd voor diabetes in de VSA en voor osteoporose in Duitsland. Een Nederlandse versie is gevalideerd door een Nederlandse onderzoeksgroep in 2008 voor diabetes en COPD (50).

Een andere studie brengt enkel een bijkomende validatie van het EUROPEP-instrument bij in het Italiaans (51). De Nederlandse versie kon bemachtigd worden via Domus Medica.

De EVA.PAT (EVAluatie (van het consult) door de PATiënt) is een korte vragenlijst die werd toegepast in een experimentele situatie om de validiteit van 'efficiency-per-time-score' te beoordelen bij simulatiepatiënten (52). Deze vragenlijst bestaat uit 7 vragen om tevredenheid te beoordelen en kon via de auteur in de originele versie worden bemachtigd.

Toepassing en validering in Groot-Brittannië van de 'Patient Satisfaction Questionnaire' (in tabel als PSQ3), een gelijknamige, maar andere vragenlijst dan die van Ware (18), werd in een van deze studies verricht (53). Deze lijst was gemaakt om de twee vragenlijsten van Baker samen te laten vloeien tot één bruikbare lijst (13,54). De conclusie van de auteurs is dat deze 40-ledige PSQ een nuttig instrument is om patiëntentevredenheid te meten en huisartsen te helpen bepalen hoe goed ze tegemoet komen aan de noden van hun patiënten.

Via NIVEL werden geen lijsten over tevredenheid in verband met preventie gevonden. Wel werd een lopende studie aangetroffen over de CQI huisartsenzorg (Consumer Quality Index) (69). Deze liep echter tot het eerste kwartaal 2011 en resultaten moeten nog gepubliceerd worden. (mededeling: gemaild op 24/5/11 naar contactpersoon).

Wel reeds gepubliceerd is de 'CQI Huisartsenzorg overdag' (70). Een CQ Index is een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Het wordt als een landelijke meetstandaard gezien in Nederland. Er zijn reeds verschillende indices ontworpen voor verschillende domeinen. NIVEL is een van de organisaties die CQ-indices ontwikkelt. Het 'Centrum Klantervaring Zorg', dat alle CQ Indices bundelt, beschikt ook over een voorlopige testversie van de CQI vragenbank. Hier kunnen meetorganisaties die aanvullende vragen in CQI-stijl willen toevoegen aan bestaande meetinstrumenten terecht (71).

Om de 'CQI Huisartsenzorg' te maken werden verschillende voorgaande gevalideerde vragenlijsten gebruikt die allemaal de evaluatie van gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief beoogden. Dit zijn de Quote, de EUROPEP, de CEP, de CAHPS, de CQI kernvragen en de General Practice Questionnaire. Onder andere de QUOTE vragenlijst die gebruikt werd in de tweede Nationale Studie (72). Quote-vragenlijsten ('QUality Of care Through the patient's Eyes' of kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief) zijn door het NIVEL in de jaren '90 ontwikkeld. Met deze vragenlijsten kunnen meningen, ideeën, wensen en ervaringen van cliënten betrokken worden in de beleidsvorming van organisaties. Elke Quote- vragenlijst bestaat uit twee delen. In deel één geven cliënten aan welke aspecten zij belangrijk vinden met betrekking tot de zorg die ze krijgen. In deel twee wordt hen gevraagd welke ervaringen zij met die kwaliteitsaspecten hebben (69). De CEP-vragenlijst gebruikt in de tweede Nationale Studie is een verkorte versie van de originele vragenlijst (72). Ook EUROPEP, zoals eerder vermeld, werd hiervoor gebruikt, evenals de 'Ervaringenvragenlijst Ziekenhuizen' oftewel de CQI Ziekenhuisopname, de vertaalde en aan de Nederlandse situatie aangepaste versie van de CAHPS-H (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – Hospital) stond hier ook mee aan de basis. Gezien dit buiten de context van eerstelijnsgezondheidszorg valt, gaan we hier niet verder op in. De CQI kernvragen zijn verplichte vragen die in elke CQI-instrument moeten terugkomen (71).

De 'General Practice Questionnaire' (GPQ) is een instrument dat gebruikt werd door NHS (National Health Service) om een grootschalig onderzoek te verrichten naar tevredenheid van patiënten over hun diensten in eerste lijn (73,74).

8.3. Appendix 3: Redenen van non-respons

De patiënt die weigerde een folder mee te nemen wanneer hij door de arts werd aangesproken, gaf verschillende redenen op waarom hij niet wilde deelnemen. Hij vond het enerzijds niet nodig omdat hij geen klachten had en gaf ook aan geen tijd en interesse hiervoor te hebben.

We registreerden ook de redenen waarom patiënten nog niet op preventieconsult waren geweest op het moment van het telefoongesprek.

Hieronder worden deze redenen weergegeven, zowel voor de groep die na het telefoongesprek wel ('ja') als niet ('neen') op preventieconsult kwam. Drie van de redenen die in de antwoordmogelijkheden stonden, worden door een aantal patiënten opgegeven ('geen tijd', 'vergeten' en 'het is niet nodig, ik heb geen klachten') en één bijkomende reden wordt door sommige patiënten aangehaald ('ik heb dit niet als dringend geïnterpreteerd'). Sommige patiënten gaven meer dan één reden op, daarom zijn er meer antwoorden dan patiënten die opgebeld werden.

	Geen tijd	Vergeten	Niet nodig	Niet dringend
Neen	4	3	4	1
Ja	5	6	0	2

We zien dat in beide groepen het argument 'geen tijd' of 'vergeten' de belangrijkste redenen zijn. Enkel in de groep patiënten die uiteindelijk liever niet op preventieconsult kwamen, wordt het argument 'het is niet nodig, ik heb geen klachten' gebruikt.

8.4. Appendix 4: Resultaten tevredenheid voor het preventieconsult

De huisarts legt nadruk op preventie.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal niet tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Tamelijk tevreden	1 (10.0%)	6 (20.7%)
Tevreden	8 (80.0%)	14 (48.3%)
Heel tevreden	1 (10.0%)	7 (24.1%)
Bijzonder tevreden	0 (0.0%)	1 (3.4%)
Geen antwoord	0 (0.0%)	1 (3.4%)

10.0% (1/10) in de actieve groep is tamelijk tevreden, maar evenveel (1/10) zijn heel tevreden, de rest van de groep blijft in het midden. In de passieve groep is het aandeel die 'tamelijk tevreden' aanduidt groter (6/29 = 20.7%), maar ongeveer evenveel duidt ook 'heel tevreden' aan.

De informatie die ik krijg over gezonde levenswijze (zoals voeding en lichaamsbeweging).

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal niet tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Tamelijk tevreden	3 (30.0%)	2 (6.9%)
Tevreden	6 (60.0%)	20 (69.0%)
Heel tevreden	1 (10.0%)	6 (20.7%)
Bijzonder tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Geen antwoord	0 (0.0%)	1 (3.4%)

30.0% (3/10) in de actieve groep is tamelijk tevreden, terwijl het aandeel dat 'heel tevreden' aanduidt kleiner is (1/10 = 10.0%). In de passieve groep is het percentage patiënten dat 'tamelijk tevreden' antwoordt kleiner (2/29 = 6.9%) en is een groter aantal patiënten (6/29 = 20.7%) 'heel tevreden'.

Regelmatig preventief onderzoek door uw huisarts.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal niet tevreden	0 (0.0%)	3 (10.3%)
Tamelijk tevreden	4 (40.0%)	3 (10.3%)
Tevreden	5 (50.0%)	15 (51.7%)
Heel tevreden	1 (10.0%)	7 (24.1%)
Bijzonder tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Geen antwoord	0 (0.0%)	1 (3.4%)

In de actieve groep is slechts één persoon (1/10 = 10%) heel tevreden, terwijl in de passieve groep zeven (7/29 = 24.1%) personen 'heel tevreden' zijn. Wat opvalt is dat bij deze vraag drie personen (3/29 = 10.3%) aanduiden dat ze helemaal niet tevreden zijn over het regelmatig preventief onderzoek door hun huisarts.

Advies dat u krijgt om ziekte te vermijden en gezond te blijven.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal niet tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Tamelijk tevreden	3 (30.0%)	2 (6.9%)
Tevreden	6 (60.0%)	22 (75.9%)
Heel tevreden	1 (10.0%)	4 (13.8%)
Bijzonder tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Geen antwoord	0 (0.0%)	1 (3.4%)

In de actief benaderde patiëntengroep antwoorden drie (3/10 = 30%) personen dat ze tamelijk tevreden zijn over het advies om ziekte te vermijden en gezond te blijven, terwijl één persoon (1/10 = 10%) hier heel tevreden over is. In de passieve groep zijn twee personen (2/29 = 6.9%) tamelijk tevreden en vier (4/29 = 13.8%) heel tevreden.

Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten?

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal niet tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Tamelijk tevreden	2 (20.0%)	2 (6.9%)
Tevreden	6 (60.0%)	20 (69.0%)
Heel tevreden	2 (20.0%)	6 (20.7%)
Bijzonder tevreden	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Geen antwoord	0 (0.0%)	1 (3.4%)

Op deze vraag antwoorden evenveel personen dat ze tamelijk tevreden zijn in de actieve (2/10 = 10%) en in de passieve (2/29 = 6.9%) groep. ‘Heel tevreden’ wordt door twee personen (2/10 = 20%) geantwoord in de actieve groep en door zes personen (6/29 = 20.7%) in de passieve groep.

8.5. Appendix 5 : Resultaten tevredenheid na het preventieconsult

Ik ben tevreden over dit preventieconsult.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee eens	3 (42.9%)	5 (25.0%)
Helemaal mee eens	4 (57.1%)	15 (75.0%)

57.1% (4/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, maar in de passieve groep is dit 75% (15/20).

Dit preventieconsult was wat ik er van verwacht had.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	3 (15.0%)
Mee eens	4 (57.1%)	4 (20.0%)
Helemaal mee eens	3 (42.9%)	13 (65.0%)

42.8% (3/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, in de passieve groep is dit 65% (13/20).

Ik zou dit preventieconsult aan familie en/of vrienden aanraden.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	1 (5.0%)
Mee eens	6 (85.7%)	6 (30.0%)
Helemaal mee eens	1 (14.3%)	13 (65.0%)

14.3% (1/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, in de passieve groep is dit 65% (13/20).

Dokters leggen goed uit waarom een medisch onderzoek nodig is.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee eens	4 (57.1%)	8 (40.0%)
Helemaal mee eens	3 (42.9%)	12 (60.0%)

42.9% (3/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, in de passieve groep is dit 60% (12/20).

Ik vind dit preventieconsult de moeite om op een aparte consultatie voor langs te komen.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee eens	5 (71.4%)	7 (35.0%)
Helemaal mee eens	2 (28.6%)	13 (62.0%)

28.6% (2/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, in de passieve groep is dit 65% (13/20).

Ik had het gevoel dat dit preventieconsult me werd opgedrongen.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	3 (42.9%)	15 (75.0%)
Mee oneens	3 (42.9%)	3 (15.0%)
Neutraal	1 (14.3%)	2 (10.0%)
Mee eens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Helemaal mee eens	0 (0.0%)	0 (0.0%)

42.9% (3/7) van de actieve groep is hier helemaal mee oneens, in de passieve groep is dit 75% (15/20). Wanneer we het onderscheid maken tussen diegenen die opgebeld werden en diegenen die spontaan langskwamen na het meenemen van de folder en de vragenlijst, zien we dat de drie patiënten die neutraal antwoorden op deze vraag allemaal komen uit de groep die werd opgebeld.

Ik weet nu wat me te doen staat.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	1 (0.0%)
Mee eens	6 (85.7%)	8 (40.0%)
Helemaal mee eens	1 (14.3%)	12 (60.0%)

14.3% (1/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, in de passieve groep is dit 60% (12/20).

Ik had zelf voldoende inbreng. De verschillende opties werden met mij besproken zodat ik zelf kon beslissen waaraan ik wil werken.

Antwoord	Actief	Passief
Helemaal mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mee oneens	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Neutraal	0 (0.0%)	1 (5.0%)
Mee eens	4 (57.1%)	6 (30.0%)
Helemaal mee eens	3 (42.9%)	13 (65.0%)

42.9% (3/7) van de actieve groep is het hier helemaal mee eens, in de passieve groep is dit 62% (13/20).

8.6. Appendix 6: Patiëntkenmerken

a. **Geslacht**

In onderzoek werd aangetoond dat vrouwen iets minder tevreden zijn dan mannen over geneeskunde (24). Daarom werd aan de patiënten gevraagd hun geslacht in te vullen bij de vragenlijsten. Hieronder wordt de verdeling weergegeven van mannen en vrouwen in de actieve versus passieve groep.

	Man	Vrouw
Actief	2	5
Passief	12	10

Er is een belangrijk verschil in verdeling tussen mannen en vrouwen in de actieve versus passieve groep. Dit zorgt ervoor dat de verschillen in tevredenheid mogelijk hieraan zullen te wijten zijn in plaats van aan de manier van benaderen.

b. **Leeftijd**

Onderzoek toonde aan dat oudere patiënten meer tevreden zijn over eerstelijnsgezondheidszorg dan jongere (23). Daarom werden patiënten onderverdeeld in leeftijdsgroepen binnen de categorie van 45-75 jaar. Hieronder wordt de spreiding volgens deze leeftijdsgroepen weergegeven in de actieve en passieve groep.

	45-55	55-65	65-75
Actief	5	1	1
Passief	6	8	8

In de actieve groep is een groter aandeel jongere patiënten aanwezig. Dus in de passieve en iets meer tevreden groep is het aandeel ouderen groter. Dit zou kunnen de verklaring bieden voor de grotere tevredenheid in deze groep.

c. **Opleiding**

Volgens voorgaande onderzoeken zijn mensen met een lagere opleiding meer tevreden over gezondheidszorg dan mensen met een hogere opleiding (27). Daarom registreerden we van de onderzoeksgroep het opleidingsniveau, waarvan de verdeling hieronder wordt weergegeven. Van twee patiënten ontbreken de gegevens hierover.

	Lagere school	Middelbare school	Hoger niet-universitair onderwijs	Hoger universitair onderwijs
Actief	1	2	3	1
Passief	5	9	4	2

Er is geen eenduidige lijn te trekken in de verdeling qua opleiding. We denken dat dit dan ook geen verklaring kan bieden voor het kleine verschil in tevredenheid tussen de actieve en de passieve groep.

d. **Gezondheidsstatus**

Mensen met een slechtere gezondheidsstatus zijn minder tevreden dan mensen met een betere gezondheidsstatus (25). We registreerden deze aan de hand van het aantal chronische ziekten waaraan iemand lijdt. Deze verdeling wordt hieronder weergegeven. Van twee patiënten ontbreken de gegevens hierover.

	0	1	2	3 of meer
Actief	3	3	1	0
Passief	13	2	5	0

Er zitten in verhouding iets meer mensen met meer chronische ziekten in de passieve groep. Hierdoor zou je op basis van de kennis over tevredenheid bij patiënten verwachten dat de passieve groep gemiddeld iets minder tevreden zou zijn. Dit bleek hier echter niet het geval. De gezondheidsstatus kan dus geen verklaring bieden voor het verschil in tevredenheid.

e. **Aantal contacten**

Mensen die vaker naar de huisarts gaan blijken meer tevreden te zijn over gezondheidszorg (27). De verdeling van de patiënten volgens hun contacten met de huisarts wordt hieronder weergegeven. Van twee patiënten ontbreken de gegevens hierover.

	0	1 keer	>1, niet 1x/m	1x/m	>1x/m
Actief	1	2	4	0	0
Passief	1	5	10	3	1

De verdeling is redelijk gelijklopend en kan hierdoor geen verklaring bieden voor het verschil in tevredenheid tussen beide groepen.

f. **Verwachtingen**

De verwachtingen van patiënten over preventieve acties van hun huisarts werden eerder (1.2.) al weergegeven. Op basis van de kennis over tevredenheid bij patiënten zou je verwachten dat de groep met hogere verwachtingen, dus de passieve groep, minder tevreden zou zijn. Dit blijkt echter niet uit de resultaten. De verwachtingen bieden dus geen verklaring voor de verschillen in tevredenheid.

9. Bijlagen

9.1. Redenen weigering

Naam patiënt:
Indien niet meteen een antwoord een antwoord komt → mogelijkheden aanbieden:

- uit tijdsgebrek
- vergeten
- uit financiële overwegingen
- uit angst voor de bevindingen
- het is niet nodig, ik heb geen klachten
- ik zie op tegen de onderzoeken
- geen interesse
- familie of vrienden hebben me dit afgeraden
- geen speciale reden
- ik wens geen reden te geven
- andere:……

9.2. Geïnformeerde toestemming

PATIËNTENINFORMATIE

Patiënt Nummer: _____

Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak

Vooraleer u toestemt om aan deze studie deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest. In dit informatie- en toestemmingsformulier worden het doel, de onderzoeken, de voordelen, risico's en ongemakken gepaard gaande met de studie beschreven. Ook de voor u beschikbare alternatieven en het recht om op elk ogenblik de studie te verlaten, zijn hieronder beschreven. Er kunnen geen beloften gedaan worden noch waarborgen gegeven worden betreffende de resultaten van de klinische studie. U hebt het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of bekende risico's die deze studie inhoudt.

Doel en beschrijving van de studie

Dit is een medisch-wetenschappelijk onderzoek waaraan naar verwachting ongeveer 100 patiënten zullen deelnemen in België.

Deze studie heeft tot doel te meten of de respons van patiënten onder de vorm van deelname aan een aangeboden preventieconsultatie en de tevredenheid over deze preventieconsultatie verschilt naar gelang de manier van aanbieden.

Dit kan via een passieve benadering, waarbij de patiënt reageert op een folder die zichtbaar op de bureau van de arts ligt en dit kan via een actieve manier waarbij de arts patiënten die in aanmerking komen zelf aanspreekt en volgens een gestandaardiseerde manier motiveert.

Dit is een prospectief observationeel onderzoek. Dit betekent dat aan de hand van een vragenlijst de satisfactie van patiënten over een interventie (= preventieconsultatie) wordt gemeten.

Opdrachtgever van de studie

De opdrachtgever van de studie is de huisartsenpraktijk van dokter Dieleman en dokter Bosmans, Duffelsesteenweg 131, 2550 Kontich. De studie kadert in een manama. Cfr ICHO vzw.

Duur van de klinische studie

Er zal u gevraagd worden een vragenlijst in te vullen en nadien eenmalig op consultatie te komen bij uw huisarts.

De studie zal ongeveer 3 maanden duren.

Onderzoeken in het kader van de studie

Indien u aanvaardt aan de studie deel te nemen en u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname aan de studie, dan zullen de volgende tests en onderzoeken worden uitgevoerd: preventieconsultatie + het invullen van een vragenlijst.

Vrijwillige deelname

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht te weigeren eraan deel te nemen. Uw beslissing om al dan niet aan deze studie deel te nemen of om uw deelname aan de studie stop te zetten, zal geen enkele invloed hebben op uw verdere behandeling door uw arts.

Indien u aanvaardt om eraan deel te nemen, zal u deze informatiefolder krijgen om te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

De studiearts kan op elk ogenblik een einde stellen aan uw deelname aan de studie, zelfs zonder dat hij/zij hiervoor uw toestemming moet vragen, om één van de volgende redenen:

– u houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan de studie;
– uw verdere deelname aan de studie blijkt schadelijk voor u te zijn;
– er wordt naderhand ontdekt dat u niet aan de studievoorwaarden voldoet;
- de opdrachtgever zet de studie stop wegens andere, momenteel onbekende reden.

U hebt het recht om uw deelname aan de studie op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft geen reden te geven voor het intrekken van uw toestemming tot deelname. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen. Uw beslissing zal geen weerslag hebben op uw medische behandeling.

Risico's en ongemakken

Vermits hier enkel een gesprek plaatsvindt en het invullen van vragenlijsten, zijn er geen risico's en ongemakken te verwachten.

Eventuele onderzoeken of toediening van vaccins vallen buiten het bestek van deze studie. De studie gaat enkel over de bespreking hiervan, het preventieconsult zelf.

Voordelen

Wij kunnen u niet bevestigen dat, indien u toestemt om aan deze studie deel te nemen, u persoonlijk enig rechtstreeks voordeel zal halen uit uw deelname aan deze studie.

Verzekering

Indien u of uw rechthebbenden (familie) schade ondervindt die verband houdt met deze onderzoeksstudie, zal deze schade door de opdrachtgever van deze studie vergoed worden overeenkomstig de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen. De opdrachtgever heeft een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering afgesloten die de risico's en de schade, die zouden voorvloeien uit deze studie, dekken. U of uw rechthebbenden kunnen de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan deze studie worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zult niet bij naam of op een andere herkenbare wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met de studie.

Overeenkomstig de richtlijnen van goede klinische praktijk zal uw medisch dossier, voor zover dit verband houdt met de studie, ingezien worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever of de filialen ervan en door de regelgevende overheden teneinde de studiegegevens en -onderzoeken na te gaan en te verzekeren dat de informatie nauwkeurig is. Uw identiteit blijft geheim aangezien informatie over uw persoon enkel aan de hand van een uniek patiëntnummer (dus gecodeerd) zal worden aangeduid.

Mogelijk gebruikt de opdrachtgever de informatie over u voor andere onderzoeksdoeleinden. Enkel de gecodeerde informatie over u zal voor dit doel worden gebruikt.

De informatie over u wordt mogelijk overgemaakt aan regelgevende overheden, aan de commissie voor ethiek en aan andere artsen en/of organisaties die samenwerken met de opdrachtgever. De informatie over u wordt mogelijk ook overgemaakt aan andere vestigingen van de opdrachtgever in dit land en in andere landen waar de normen inzake beheer van persoonlijke gegevens mogelijk verschillend of minder strikt zijn. De opdrachtgever zal dezelfde normen inzake gegevensbescherming toepassen binnen het wettelijk kader van de betrokken landen.

De informatie over u zal elektronisch (d.w.z. in de computer) of handmatig verwerkt en geanalyseerd worden om de resultaten van deze studie te bepalen. U hebt het recht aan de studiearts te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. U hebt ook het recht om aan de studiearts te vragen u inzage in uw persoonlijke informatie te verlenen en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten

aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Indien u toestemt in deelname aan dit onderzoek, betekent dit dat u ook toestemming geeft voor het gebruik van uw gecodeerde medische gegevens voor de hierboven beschreven doelen en het overmaken ervan aan bovenvermelde personen en/of instanties.

Kennisgeving van nieuwe informatie

Soms komt er in de loop van een onderzoeksproject nieuwe informatie aan het licht over de bestudeerde behandeling of het bestudeerde geneesmiddel. Indien dit het geval is, zal u op de hoogte gebracht worden van nieuwe informatie die uw bereidheid om aan deze studie verder deel te nemen, kan beïnvloeden.

In dat geval zal u gevraagd worden een nieuw informatie- en toestemmingsformulier te ondertekenen. Mocht u naar aanleiding van de nieuwe informatie besluiten met het onderzoek te willen stoppen, dan zal uw onderzoeksarts ervoor zorgen dat u op de beste manier verder wordt behandeld.

Commissie voor ethiek

Deze klinische studie is beoordeeld door een onafhankelijke commissie voor ethiek, nl. de commissie medische ethiek UA, campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, B-2610 Antwerpen (Wilrijk), waarvan op 7/9/2011 het besluit nog in beraad wordt gehouden.

Contactpersonen in geval van vragen in verband met de studie

Indien u meent studiegebonden schade te hebben opgelopen, of indien u vragen heeft over het onderzoek of uw rechten als studiedeelnemer, nu of tijdens of na uw deelname, dan kan u contact opnemen met:

Studiearts: Dokter Bosmans Tine Telefoon: 03/4577575

TOESTEMMINGSFORMULIER

Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak

Deel enkel bestemd voor de patiënt(e) of de wettelijke vertegenwoordig(st)er:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende (naam & voornaam) _____dat ik over de studie ben ingelicht en een kopie van de "Patiënteninformatie" en het "Toestemmingsformulier" ontvangen heb. Ik heb de informatie gelezen en begrepen. Mijn arts heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot de voorwaarden en de duur van de studie, én het effect en de bijwerkingen van deze behandeling. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

- Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan deze studie op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik mijn arts hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.
- Ik geef toestemming aan de verantwoordelijken van de opdrachtgever (huisartsenpraktijk van dokter Dieleman en dokter Bosmans, Kontich) en aan regulerende overheden om inzage te hebben in mijn patiëntendossier. Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van deze studie.
- Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van deze medische gegevens, zoals beschreven in het informatieblad voor de patiënt. Ik ga eveneens akkoord met de overdracht en de verwerking van deze gegevens in andere landen dan België.
- Ik ga akkoord met het gebruik door de opdrachtgever van deze gecodeerde medische gegevens voor andere onderzoeksdoeleinden.

- Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoeken. Ik ben bereid informatie te verstrekken i.v.m. mijn medische geschiedenis, mijn geneesmiddelengebruik en eventuele deelname aan andere studies.
- Ik ga ermee akkoord dat mijn huisarts en andere zorgverleners die bij mijn behandeling betrokken zijn, op de hoogte worden gebracht van mijn deelname aan dit onderzoek.

Datum: _____

Handtekening patiënt(e) (of wettelijk vertegenwoordig(st)er):_____

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam (het is niet noodzakelijk de onderzoeksarts die de informatie en IC-procedure met de patiënt doorloopt; dit wordt soms ook door een ander lid van het onderzoeksteam gedaan):

Ik, ondergetekende, _____, bevestig hierbij dat ik, _____ (naam van de patiënt(e) voluit) of zijn wettelijke gegevens vertegenwoordig(st)er) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

Datum: _____

Handtekening: _____

9.3. Preventiefolder

Praktisch

Raadpleging na afspraak.

Huisbezoeken aanvragen voor 11u.

	Voormiddag	Namiddag	Avond
Maandag	Dr. Dieleman	Dr. Bosmans	Dr. Bosmans
Dinsdag	Dr. Dieleman	/	Dr. Dieleman
Woensdag	Dr. Bosmans	Dr. Bosmans	/
Donderdag	Dr. Dieleman	Dr. Bosmans	Dr. Bosmans
Vrijdag	Dr. Dieleman	Dr. Bosmans	Dr.Dieleman

Vermeld bij het maken van een afspraak dat het om een preventieconsult gaat.

Dr. Dieleman Peter

Dr. Bosmans Tine

PRAKTIJK
DR. DIELEMAN
DR. BOSMANS

Duffelsesteenweg 131
2550 Kontich

Telefoon: (03) 457 75 75
Fax: (03) 457 77 75

Preventie op maat

Praktijk
Dr. Dieleman
Dr. Bosmans



Uw persoonlijk preventieplan tussen 45 en 75 jaar

Waarom preventie?

Omdat voorkomen beter is dan genezen zijn wij voorstander van een preventieplan op maat van elke patiënt. Preventie houdt in dat we schade aan uw lichaam proberen te voorkomen.

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





Dit preventieplan kan de volgende onderwerpen bevatten:

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

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

Hoe?

Het preventieplan start met een vragenlijst. Het is de bedoeling dat u die thuis rustig zo volledig mogelijk invult.

Twijfelt u over een antwoord, vraag dan raad aan uw arts.

En dan?

Met de ingevulde lijst komt u dan op preventieconsult bij een van de artsen. U bent hierbij vrij om op consultatie te gaan bij de arts van uw keuze.

Omdat preventie een belangrijk onderdeel is van uw algemene gezondheid, willen wij graag een volledige consultatie hiervoor vrijmaken. Wij vragen u dan ook om voor het overlopen van de vragenlijst en het opstellen van uw persoonlijk preventieplan een aparte afspraak te maken voor een preventieconsult.

Dit project kadert in een onderzoek van Dr. Bosmans Tine. Al uw gegevens worden anoniem verwerkt.

9.4. Vragenlijst vooraf

Beste patiënt,

Alvast bedankt voor uw deelname aan dit preventieconsult.
We zouden u nog enkele kleine vraagjes willen stellen alvorens u dadelijk bij de dokter binnengaat.

Uw geboortedatum: …/…/19…
Uw geslacht: man / vrouw

1. Bent u zelf bezig met een gezonde levensstijl?
   Meestal
   Vaak
   Soms
   Nooit
2. Hoe belangrijk vindt u preventie?
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   1 = totaal onbelangrijk
   10 = het belangrijkste onderdeel van de geneeskunde
3. Verwacht u preventie van uw huisarts?
   JA / NEEN
4. Vindt u dat preventie een taak is van uw huisarts?
   JA / NEEN
5. Duidt u aub over de volgende stellingen/vragen aan wat u hiervan vond **VOOR DEZE CONSULTATIE**:
   a. De huisarts legt nadruk op preventie.
   Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

   b. De informatie die ik krijg over gezonde levenswijze (zoals voeding en lichaamsbeweging).
   Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

   c. Regelmatig preventief onderzoek door uw huisarts.
   Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

   d. Advies dat u krijgt om ziekte te vermijden en gezond te blijven.
   Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

   e. Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten?
   Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

Ruimte voor opmerkingen:

Preventie betekent
het voorkomen van ziekten. Daarbij komen volgende onderwerpen aan de orde:
- vaccinatie
- gezonde levensstijl (voldoende bewegen, gezonde voeding)
- rookstop
- opsporen voorstadia kanker (borst, darm, baarmoederhals)

9.5. Vragenlijst na preventieconsult

Beste patiënt,

Bedankt voor uw medewerking aan dit preventieonderzoek.
We zouden u nog enkele vragen willen stellen om in te schatten wat patiënten van preventie binnen de geneeskunde vinden.

Enkele administratieve gegevens:
- Geboortedatum: …./…./19….
- Geslacht: man / vrouw
- Hoogste opleidingsniveau: lagere school / middelbare school / hoger niet-universitair onderwijs / hoger universitair onderwijs
- Het aantal chronische ziekten dat ik heb is: (chronische ziekten zijn bijvoorbeeld suikerziekte, parkinson, hoge bloeddruk, te hoge cholesterol… → indien u hier een vraag over heeft, vraag het gerust aan de arts)
    - Geen
    - 1
    - 2
    - 3 of meer
- Ik ging de afgelopen 6 maanden :
    - Geen enkele keer naar de huisarts
    - 1 keer naar de huisarts
    - Meer dan 1 keer, maar niet maandelijks naar de huisarts
    - Maandelijks naar de huisarts
    - Vaker dan 1x/maand naar de huisarts

Als u terugkijkt op dit preventieconsult, wat vindt u dan van de volgende stellingen:

- Ik ben tevreden over dit preventieconsult.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Dit preventieconsult was wat ik er van verwacht had.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Ik zou dit preventieconsult aan familie en/of vrienden aanraden.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Dokters leggen goed uit waarom een medisch onderzoek nodig is

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Ik vind dit preventieconsult de moeite om op een aparte consultatie voor langs te komen.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Ik had het gevoel dat dit preventieconsult me werd opgedrongen.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Ik weet nu wat me te doen staat.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

- Ik had voldoende inbreng. De verschillende opties werden met mij besproken zodat ik zelf kon beslissen waaraan ik wil werken.

helemaal mee eens – mee eens – neutraal – mee oneens - helemaal mee oneens

Dan nog twee kleine vragen:

- Had je graag nog andere onderwerpen aan bod gezien?
    - Neen
    - Ja, namelijk….
- Gaat u de besluiten van het preventieconsult opvolgen?
    - Ja
    - Neen
    - Ik weet het nog niet
    - Dit is afhankelijk van bvb advies of steun van familie/vrienden
    - Gedeeltelijk → kunt u specifiëren welke onderwerpen wel of niet? vb
        - Rookstop
        - Stoppen met slaapmedicatie
        - Meer bewegen
        - Baarmoederhalsscreening
        - …
    - Ander antwoord:…….

Hartelijk dank voor uw medewerking! U mag deze vragenlijst in de doos in de wachtkamer deponeren.

Dr Dieleman en Dr Bosmans

9.6. Mondelinge motivatie

Ik weet niet of je het opgemerkt hebt, maar hier ligt een folder en die gaat over het volgende. Als huisarts zijn we er niet alleen onze taak om te zorgen dat je geneest, maar ook dat we moeten trachten om ziekten te voorkomen. Dit noemen we preventie. Ik zou daarom met u een gesprek willen hebben over het voorkomen van ziekten en een gezonde levensstijl. Hiervoor hebben we een simpel en kort vragenlijstje, dat je hier ziet liggen, met de bedoeling dat je dat zou invullen en hiermee eens terug op consultatie komt en dat we samen bekijken. Zie je het zitten om dat te doen?

→ reactie afwachten

Zo ja → hier is folder en vragenlijst → willen we meteen een afspraak maken? Of bel je eens nadat je het thuis rustig hebt bekeken? Maar wacht er ook geen weken mee, want ik wil er echt tijd voor vrij maken. Mochten we van u niets gehoord hebben, dan stel ik voor dat ik u over een maand zelf eens opbel. Ik check even of we jouw telefoonnummer wel hebben.

9.7.Protocol telefoongesprek

Naam patiënt:
Datum telefoongesprek:

Informed consent telefonisch bekomen → hetzelfde voorlezen als op de schriftelijke versie staat.

Het onderzoek waaraan u deelneemt gaat over preventie zoals u reeds kon lezen in de folder. Hierbij is het de bedoeling dat wij nagaan hoeveel mensen spontaan reageren op het aanbieden van deze preventieconsultatie. Eveneens willen we registreren wat patiënten hier dan van vinden, zowel vooraf als nadien.

Het is gebleken dat tevredenheid kan afhangen van enkele factoren waaronder leeftijd en geslacht. Daarom willen wij deze kenmerken registreren, zodat we groepen kunnen maken van patiënten en kijken of de tevredenheid verschilt. Hierbij worden uw gegevens uiteraard anoniem verwerkt.

Wilt u ons hiervoor de toestemming geven?

Tevredenheidslijstje VOOR

6. Bent u zelf bezig met een gezonde levensstijl?
   Meestal
   Vaak
   Soms
   Nooit
7. Hoe belangrijk vindt u preventie?
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   1 = totaal onbelangrijk
   10 = het belangrijkste onderdeel van de geneeskunde
8. Verwacht u preventie van uw huisarts?
   JA / NEEN
9. Vindt u dat preventie een taak is van uw huisarts?
   JA / NEEN
10. Duidt u aub over de volgende stellingen/vragen aan wat u hiervan vond **VOOR DEZE CONSULTATIE**:
    a. De huisarts legt nadruk op preventie.
    Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

    b. De informatie die ik krijg over gezonde levenswijze (zoals voeding en lichaamsbeweging).
    Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

    c. Regelmatig preventief onderzoek door uw huisarts.
    Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

    d. Advies dat u krijgt om ziekte te vermijden en gezond te blijven.
    Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

    e. Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten?
    Helemaal niet tevreden – tamelijk tevreden – tevreden – heel tevreden – bijzonder tevreden

Enkele administratieve gegevens

- Geboortedatum: …./…./19….

- Geslacht: man / vrouw
- Hoogste opleidingsniveau: lagere school / middelbare school / hoger niet-universitair onderwijs / hoger universitair onderwijs
- Het aantal chronische ziekten dat ik heb is: (chronische ziekten zijn bijvoorbeeld suikerziekte, parkinson, hoge bloeddruk, te hoge cholesterol… → indien u hier een vraag over heeft, vraag het gerust aan de arts)
    - Geen
    - 1
    - 2
    - 3 of meer
- Ik ging de afgelopen 6 maanden :
    - Geen enkele keer naar de huisarts
    - 1 keer naar de huisarts
    - Meer dan 1 keer, maar niet maandelijks naar de huisarts
    - Maandelijks naar de huisarts
    - Vaker dan 1x/maand naar de huisarts

Om welke reden heeft u geen afspraak gemaakt?
→ antwoord van patiënt afwachten (open vraag → afstippen)
Indien niet meteen een antwoord een antwoord komt: mogelijkheden aanbieden:
- uit tijdsgebrek
- vergeten
- uit financiële overwegingen
- uit angst voor de bevindingen
- het is niet nodig, ik heb geen klachten
- ik zie op tegen de onderzoeken
- geen interesse
- familie of vrienden hebben me dit afgeraden
- geen speciale reden
- ik wens geen reden te geven
- andere:……

Kan ik u alsnog een afspraak voor het preventieconsult aanbieden?