KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Globaal Medisch Dossier plus: invloed van patiëntkarakteristieken op deelname

Tobias De Caesemaeker

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Samenvatting:

GMD-plus: invloed van patiëntkarakteristieken op deelname aan een preventieconsult.

HAIO: Tobias De Caesemaeker
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers
Praktijkopleider: Dr. Karin Leunis

Context: Chronische zorg houdt een evolutie van cure naar care in. Er werden de laatste jaren verscheidene initiatieven gestart om dit mogelijk te maken. Er blijven echter factoren bestaan die de volledige implementatie in de weg staan.

Onderzoeksvragen: Welke kenmerken van patiënten zijn een invloed op de participatie aan het GMD+ consult? Welke kenmerken bevorderen deelname en welke werken inhiberend? Welke redenen geven patiënten op om niet deel te nemen en kan er een invloed uitgeoefend worden op deze redenen?

Methode: Via literatuurstudie werd gezocht naar de meest kosteneffectieve uitnodigingsstrategie. Ook werden kenmerken voor deelname aan preventie bepaald. Nadien werd een observationeel onderzoek uitgevoerd bij de GMD-patiënten tussen 45 en 75 jaar. Eerst werd een brief verzonden, nadien werden de non-responders via mail gecontacteerd om alsnog een vragenlijst in te vullen. De resultaten werden vergeleken met de literatuur.

Resultaten:385 patiënten uit beide praktijken werden uitgenodigd. 16,4% nam deel aan het preventieconsult. 5,2% weigerde deelname. Van de 156 patiënten die gemaild werden, antwoordde 34%. Voornamelijk (verondersteld) tijdsgebrek was een reden om niet deel te nemen. Dit kon ook teruggeleid worden naar het beroep en de opleiding van deze patiënten. Ook was er een verband tussen roken en niet-deelname.

Conclusie: Oproeping via brief is de meest kosteneffectieve manier. De lay-out en personalisatie van de brief zijn cruciale punten om voldoende respons te bekomen. Het idee van tijdsverlies moet ontkracht worden. Ook moet men ingaan op de kenmerken die deelname verminderen. Een herinneringsmail kan de respons op praktijkniveau verhogen. Om de respons nog meer te kunnen verhogen is een schaalvergroting nodig.

Correspondentie:
Tobias.decaesemaeker@student.kuleuven.be

Belangenconflict: niets vermeld
ICPC2-code: A.98 preventie

Afkortingen en definities

ColonCa: coloncarcinoma(ta)
Curatieve geneeskunde: het genezen van ziekte
EMD: Elektronisch Medisch Dossier
GMD: Globaal Medisch Dossier
GMD+: Globaal Medisch Dossier plus: de preventiemodule voor 45 – 75 jarigen binnen het GMD
HAIO: Huisarts In Opleiding
Herinneringsmail: patiënten die antwoordden op de herinneringsmail(s)
NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
PO: praktijkopleider
Preventieve geneeskunde: het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekte
Responders: deelnemers aan het preventieconsult
RIZIV: RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
Screening: het opzoeken van risicofactoren voor een ziekteproces bij een gezonde persoon
Weigeringen: onmiddellijke weigeringen van deelname aan het preventieconsult

Inleiding

In België bedroeg de levensverwachting anno 2013 voor vrouwen en mannen respectievelijk 82,9 en 77,9 jaar. Het aantal mensen met een chronische ziekte zal sterk toenemen. De druk op de gezondheidszorg zal dan ook enorm stijgen. Om de zorg betaalbaar te houden, dient de focus van de gezondheidszorg verlegd te worden van het behandelen van het individu met een aandoening naar preventie, geriatrische zorg en aanpak van chronische aandoeningen om de 'healthy years of life' te maximaliseren. De chronisch zieke heeft naast medische interventie behoefte aan 'care'. Het gaat dan om het verlichten van klachten, het voorkomen van complicaties en het begeleiden van de chronische patiënt. (1–3)

Preventieve gezondheidscheck-ups brengen een risico op overdiagnose, overbehandeling, psychische stress bij vals-positieve resultaten en onterechte geruststelling bij vals-negatieve resultaten met zich mee. Een positieve mammografie vraagt bijvoorbeeld steeds bijkomende onderzoeken om in slechts 1 op 10 gevallen effectief een borstkanker te diagnosticeren. (4,5) Daarentegen toont een recent darmkankeronderzoek aan dat het risico op overdiagnose bij een stoelgangstest erg laag is, terwijl het levens redt. (6)

Tot enkele jaren geleden was het gezondheidsbeleid in België voornamelijk gericht op curatieve geneeskunde. Dit kon men zien aan het verschil in overheidssteun voor preventieve respectievelijk curatieve geneeskunde. In het decreet van 21 november 2003 werd de basis gelegd voor preventieve geneeskunde in Vlaanderen. Het protocolakkoord tussen de federale overheid en de overheden van 28 september 2009 bepaalde wie instaat voor de kosten en hoe de gegevens uitgewisseld moeten worden. Er was echter, ondanks de inhaalbeweging, nog steeds een verschil tussen de overheidssubsidies voor preventieve en curatieve geneeskunde. (7)

Tijdens de eerstelijnsconferentie in Antwerpen in december 2010 werd preventie uitvoerig besproken. (8) Hier werd de basis gelegd voor wetenschappelijke onderbouwing, methodiek, implementatie en richtlijnen voor de praktijk.

Met de introductie van de Domus Medica gezondheidsgids in 2010 (9) werd er een eerste grote stap gezet om de drempel te verlagen naar de introductie van algemene preventie in de praktijk. Hierin werd een lijst gepubliceerd met items die tijdens een preventieconsult nagekeken moeten worden. Voor het eerst werden er 'evidence based' preventie items gegroepeerd binnen één consult. Een tweede grote stap werd genomen op 1 april 2011. Toen werd er door het RIZIV het nomenclatuurnummer 102395 voorzien en werd het mogelijk om dit consult via derdebetalersregeling aan te rekenen. (10) Ook boden veel EMD's sindsdien een preventiemodule aan in hun programma. (11)

In 2014 bracht Domus Medica een 3de editie van de gezondheidsgids uit. De nieuwe Vlaamse bevolkingsonderzoeken baarmoederhals- en colorectale kankeropsporing werden geïntegreerd, samen met de recente vaccinatieadviezen van de Hoge Gezondheidsraad. (12)

Tijdsgebrek, beperkte financiële tegemoetkoming en te weinig vertrouwen in zowel het eigen kunnen, de effectiviteit van de interventies als in de motivatie van de patiënten, staan de implementatie van het GMD+ op grote schaal in Vlaanderen nog in de weg. (13) Belemmerende factoren voor de patiënt zijn lagere sociale klasse, de (vermoede) financiële kost van een preventieraadpleging en het gebrek aan ondersteuning uit hun omgeving. Laaggeschoolden scoren systematisch lager dan hoger geschoolden op de preventieve gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse overheid. (8)

Er komt slechts een beperkte groep patiënten met vragen over preventie op consultatie. Daarenboven blijkt de patiëntengroep met het hoogste risicoprofiel juist het moeilijkst bereikbaar te zijn. (14) Niet elke patiënt staat open voor preventieve geneeskunde. Als er meer geweten is over de

karakteristieken van patiënten die er al dan niet op ingaan, kan er ook een meer aangepast beleid worden toegepast. Met andere woorden: wat zijn de sociale, economische en demografische factoren die bepalend zijn voor deelname aan preventie?

Methode

Populatie en selectie

De studie werd simultaan uitgevoerd in 2 opleidingspraktijken. In Massenhoven betrof het een groepspraktijk met 2 erkende huisartsen en 1 HAIO. Er waren 2 praktijkruimtes beschikbaar. In Kaggevinne betrof het ook een groepspraktijk met 2 erkende huisartsen en 1 HAIO. Hier waren 3 praktijkruimtes beschikbaar. In Kaggevinne werkte er in de voormiddag ook een secretaresse om afspraken vast te leggen.

We selecteerden ad random 201 patiënten in Kaggevinne en 200 patiënten in Massenhoven. Hiervan werden er 7 respectievelijk 9 geëxcludeerd vóór de start van de studie. Alle uitgenodigde patiënten voldeden aan de inclusiecriteria voor het GMD+ (45 tot 75 jaar, GMD in de praktijk). Er waren 187 mannen en 198 vrouwen.

Onderzoeksopzet

Deze studie betrof een observationeel onderzoek na het uitvoeren van een literatuurstudie. Via Health One werden de lijsten opgeroepen van alle GMD-patiënten tussen 45 en 75 jaar met minstens 1 consultatie in het voorbije jaar. Deze lijsten werden door het programma gerandomiseerd en de eerste patiënten werden geselecteerd. De lijst werd nadien overlopen tezamen met de praktijkopleiders en er werden enkele patiënten geëxcludeerd. Een vragenlijst werd opgesteld op basis van 3 thesissen en de editoriaal van prof. Dr. Paul De Cort. De patiënten die niet antwoordden en een gekend mailadres hadden werden via mail opnieuw gecontacteerd. Ook werd er een informatiebrochure en poster in de wachtzaal geplaatst. Zie bijlagen pagina I tot IV.

Rekruteringsstrategieën

Vanaf 1 september 2014 werden de patiënten uitgenodigd per brief. Er werden 50 patiënten per week aangeschreven. Vanaf januari 2015 werden de non-responders via mail opnieuw aangeschreven. Diegenen die opnieuw niet reageerden, werden 14 dagen later een laatste keer per mail gecontacteerd.

In Massenhoven was er een selectie bias: de patiënten werden gevraagd een afspraak te maken via de online agenda. Dit op vraag van de collega's in de praktijk om een overvloed aan telefoons tegen te gaan. In Kaggevinne was er geen gepercipieerde selectiebias.

Goedkeuring ethische commissie

De Ethische Commissie oordeelde dat er geen advies noodzakelijk was bij onze aanvraag aangezien het GMD+ preventieconsult tot de standaard praktijk behoort.

Resultaten

Literatuuronderzoek

Op basis van literatuuronderzoek wilden we een antwoord vinden op onderstaande vragen:

-Op welke manier kunnen we de patiënten het best uitnodigen voor een preventieconsult? Hebben reminders zin?
-Wat zijn de gemiddelde deelname percentages aan een preventieconsult bij vorige thesissen door HAIO's?
-Welke demografische en socio-economische factoren zijn bepalend voor deelname aan preventie? Zijn er nog andere belemmerende factoren?

Zoekstrategie

Er werd informatie gezocht bij Domus medica en NHG. Ook het tijdschrift Minerva werd onderzocht op relevante artikels. In de Cochrane databank werd er gezocht met 'primary care, prevention, primary prevention'. Ook werd gezocht op 'primary care, prevention, letter'. Er werden zo uiteindelijk 5 artikels weerhouden na het lezen van de abstracts. In Medline werd gezocht op: 'primary prevention, primary care, last 5y, Belgium'. Zo werden 30 artikels overgehouden waarvan bij nalezen van de abstracts 2 artikels werden weerhouden. In de Pubmed databank werd gezocht met de termen 'screening, participation, increasing'. Dit gaf 267 hits na selectie 'human' en 'free full text'. Hieruit werden na het lezen van de abstracts 8 artikels weerhouden. Een tweede zoektocht werd ondernomen met de termen 'participation, letter, response'. Dit bracht 41 hits (wederom na selectie 'human' en 'free full text') waarvan er 3 artikels werden weerhouden. Zoeken op EBMpracticenet met 'primary care, primary prevention, prevention' bracht geen relevante artikels naar voren. Via de ICHO-website werd er ook gezocht in de thesissen van collega's. Vanuit de gevonden artikels en thesissen werd ook via de bronnen nog verder gezocht naar relevante artikels.

Brieven en reminders

Dr. Kavalevich haalde een aantal inzichten uit een jaarboek over schriftelijke enquêtes. Een bijgevoegde brief met uitleg over het eigenbelang van deelname voor de deelnemer gaf een significant hogere respons. Een korte vragenlijst kon de indruk geven niet belangrijk te zijn. Ook een lengte van meer dan 10 pagina's had een negatief effect op de respons. Het tijdstip van verzending kon de respons beïnvloeden; onjuiste timing kon tot een lagere respons leiden. (15) Een uitnodigingsbrief mocht niet te lang en niet te gedetailleerd zijn. Dit kon anders vooral lager geschoolden ontmoedigen. (16) Uit de thesis van Dr. Vandenberghe bleek de combinatie van brief én telefonische oproep de meest effectieve rekruteringsstrategie om een hoge respons te bekomen. De uitnodigingsbrief alleen was de meest effectieve methode wanneer men naar het kostenplaatje keek. (11) Ook in het Nederlandse pilootproject over preventie werd het actief benaderen van de patiënt (tijdens consultatie, uitnodigingsbrief, reminderbrief) als de meest bevorderende factor voor deelname beschreven. (17) Het sturen van een bijkomende herinnering (reminder per brief of mail) had zowel in de systematische review van Camilloni et al. als in de studie van Dokkum et al. een positief effect op deelname. (16,18)

Deelnamepercentages

Dr. Viane bekeek 22 masterproeven (2008-2013) over de implementatie van het preventieconsult. De deelnamepercentages waren het hoogst bij persoonlijk aanspreken (34,8%) en bij het versturen van een uitnodigingsbrief (25,2%). Een deelname van 31,5% werd verkregen wanneer deze twee methoden werden gecombineerd. Passieve uitnodiging via folders of een poster gaf de laagste respons (8,3%).(19) Bij het Nederlandse pilootproject was de respons op de uitnodigingsbrief enerzijds en de poster en folders in de wachtzaal anderzijds respectievelijk 33% en 1%. (17)

Socio-economische factoren voor deelname
Er bestond een demografische en sociale ongelijkheid bij kankerscreening en kankerpreventie, met lagere participatiegraad bij jongere en oudere leeftijdsgroepen, personen van allochtone origine en personen met een lagere socio-economische status. Daarnaast hadden personen met een lagere socio-economische status net meer risico op kanker en cardiovasculaire aandoeningen en een slechtere prognose bij diagnose. Preventie in deze groep was dus nog belangrijker dan in de groep met een hogere socio-economische status. (11)

In een Deense studie naar darmkankerscreening namen er meer vrouwen dan mannen deel. De kans op deelname nam toe met een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen. Werklozen en zelfstandigen namen minder deel. Daarenboven namen er minder alleenstaanden deel in vergelijking met samenwonenden of gehuwden. (20) Ook in een Engelse studie naar darmkankerscreening namen er meer vrouwen deel. Hier was de kans op deelname lager bij lagere socio-economische status (vooral bij vrouwen en ouderen). (21) Daarentegen lieten in het 'Vlaams bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker' mannen en vrouwen met een lagere opleiding of lager inkomen de FOBT het meest uitvoeren.(6)

Andere bepalende factoren voor deelname
In de thesis van Dr. Verhaegen namen patiënten met antihypertensiva of cholesterolverlagende medicatie minder deel aan de preventieraadpleging. Hij stelde dat deze patiënten onterecht het gevoel hadden goed opgevolgd te worden door hun huisarts. Ze kwamen dan ook regelmatig op raadpleging voor voorschriften. Dit zou echter een routineraadpleging kunnen worden, waarbij risicofactoren niet meer bevraagd werden. (22)

In het Nederlandse pilootproject was er een significant hoger alcoholgebruik bij de niet-deelnemers ($p<0,001$). De belangrijkste redenen om niet deel te nemen aan dit project waren tijdsgebrek (21%), 'ik zie op tegen medische gevolgen van een ongunstige uitslag' en 'ik word al jaarlijks getest'. (17)

Volgens gegevens van Dr. Roobroeck en Dr. Mannaerts werd het preventieconsult slechts zelden systematisch uitgevoerd. Items uit de GMD+ preventiemodule werden vaker besproken en geregistreerd tijdens een routineconsult dan tijdens een afzonderlijk georganiseerd preventieconsult (respectievelijk 73% en 27%). De registratie van de bekomen informatie verliep hierdoor vaak variabel en inconsistent. (13,14)

Vergelijking tussen beide gemeentes (23,24)
De Belfius-index zoals beschreven door het bureau voor statistiek klasseert alle steden en gemeenten naar grootte en voorziet ook een maatstaf per categorie met gemiddelde waarden voor vergelijking.

Kaggevinne (postcode 3293) is deelgemeente van Diest, Massenhoven is deelgemeente van Zandhoven. Diest is een middelgrote stad en Zandhoven is een landelijke gemeente. De OCMW schuld in Diest was de voorbije jaren 198 euro per inwoner. Deze schuld ligt in Zandhoven op 93 euro per inwoner. De jobratio ligt hoger in Diest (85,2% ten opzichte van 58,5%). Desondanks is er in Zandhoven een hogere werkzaamheidsgraad (73,1% ten opzichte van 70% voor Diest). Dit kan betekenen dat er meer buitenstaanders naar Diest komen om te werken. De aantallen werkende personen zijn nagenoeg identiek.
De kansarmoede index is in Diest meer dan het dubbele van Zandhoven (6,5% respectievelijk 3%). Ook is het aantal mensen met een leefloon hoger in Diest dan in Zandhoven. De verhoogde tegemoetkoming voor de ziekteverzekering is in Diest 126,6/1000 personen. In Zandhoven is deze lager met 92,9/1000 personen. We kunnen besluiten dat de gemiddelde populatie in Massenhoven sociaal en economisch gezien sterker staat als de populatie in Kaggevinne.

Het omnio-statuut is een maat waarmee we de socio-economische klasse eenvoudig kunnen meten.(11) Kijken we naar onze steekproef in de praktijk in Kaggevinne, dan is het aantal omnio-statuten bijna identiek als in Diest (12,7%). In de praktijk in Massenhoven ligt dit aantal lager dan de gemiddelde cijfers voor de gemeente Zandhoven (9,29%). In beide praktijken samen zijn er 36 ongekende verzekeringsstatuten. Dit betekent dat het aantal omnio-statuten in verhouding tot de totale studiepopulatie nog kan toenemen (en zijn er meer omnio-statuten dan in de gemiddelde populatie in Kaggevinne en een gelijk aantal als gemiddeld in Zandhoven).

Veldstudie

Uitnodigingen Kaggevinne

In praktijk Kaggevinne kwamen 675 patiënten in aanmerking volgens de criteria van het GMD+. Uit deze populatie werd een lijst van 201 patiënten getrokken en via Excel gerandomiseerd. Er waren 7 exclusies op basis van dubbele inschrijvingen in het EMD (door niet-samengevoegde dossiers). Van deze patiëntenlijst werden dus 194 patiënten daadwerkelijk aangeschreven. Er waren 89 mannen en 105 vrouwen in deze populatie (45,9% respectievelijk 54,1%). De gemiddelde leeftijd was 58 jaar. Er waren 145 gewoon verzekerden (74,7%), 25 omnio-patiënten (12,9%) en 24 niet gekende statuten (12,4%).

33 patiënten kwamen naar de preventieraadpleging, 14 patiënten deelden onmiddellijk hun weigering mee. 1 patiënt vulde alle documenten in, maar maakte nooit een afspraak. 149 patiënten zijn non-responders op de uitnodiging via brief. Deze 149 non-responders kwamen in aanmerking voor een herinneringsmail. Er konden door deze mails 23 patiënten extra geïncludeerd worden. Zie figuur 1

Uitnodigingen Massenhoven

De populatie in de praktijk in Massenhoven die voldeed aan de voorwaarden van het GMD+ bestond uit 1016 patiënten. Hieruit werd via excel een gerandomiseerde lijst van 200 patiënten bekomen. Van deze 200 patiënten werden er 9 geëxcludeerd: 7 patiënten op aanraden van de collega's in de praktijk (psychiatrische problematiek, onlangs verhuisd, dementie), 1 patiënt was recent overleden en nog 1 patiënte was recent weduwe geworden van deze overleden patiënt.
Er konden zo 191 patiënten per brief worden uitgenodigd: 98 mannen en 93 vrouwen (51,3% respectievelijk 48,7%). Er waren 172 gewoon verzekerden (90,1%), 7 omnio-patiënten (3,7%) en 12 patiënten met een ongekend verzekeringsstatuut (6,3%). De gemiddelde leeftijd was 59 jaar.

Er waren 30 deelnemers aan het preventieconsult, 5 patiënten deelden onmiddellijk hun weigering mee . Er waren 165 non-responders op de uitnodigingsbrief. Deze 165 non-responders kwamen in aanmerking voor een herinneringsmail. In totaal konden er door deze interventie 30 patiënten extra verwerkt worden. Zie figuur 2

Responders brief Kaggevinne

Van de 33 deelnemers was er slechts 1 persoon met een omnio statuut (3%). 3 van deze deelnemers was niet uitgenodigd met een brief. Er waren 19 vrouwen en 14 mannen. De gemiddelde leeftijd van de responders was 58,75 jaar.

Bij 21 personen was de opleiding van middelbaar niveau (gedeeltelijk of helemaal afgewerkt) (63,6%). Het huidige beroep was bij 11 patiënten bediende en 12 patiënten waren gepensioneerd. Het vorige beroep was bij 13 patiënten arbeider en bij 14 patiënten bediende. 32 patiënten waren samenwonend of gehuwd (97%). 30 patiënten hadden kinderen. Bij 13 patiënten waren de kinderen ooit ernstig ziek. Er waren 4 rokers. Bij 2 patiënten was er een familiale belasting van coloncarcinomata. 23 patiënten waren na het preventieconsult in orde met iFOBT-screening. 31 van deze patiënten waren nadien in orde met de tetanusvaccinatie. Van de vrouwelijke patiënten waren

nadien 14 in orde met een uitstrijkje en 18 in orde met mammografische screening. Zie tabel 1.

aantal patiënten	33							
leeftijd	58,75							
adresgegevens	adres correct 33 (100%)	incorrect 0 (0%)						
rekrutering	brief 26 (78,8%)	mondeling 3 (9,1%)	wachtkamer 0 (0%)	via partner 4 (12,1%)				
omnio (wigw)	Nee 32 (97%)	Ja 1 (3%)						
geslacht	vrouwelijk 19 (57,6%)	mannelijk 14 (42,4%)						
opleiding	basisschool 6 (18,2%)	middelbaar 21 (63,6%)	hogeschool 4 (12,1%)	universiteit 2 (6,1%)				
huidig beroep	thuiswerk 3 (9,1%)	arbeider 3 (9,1%)	bediende 11 (33,3%)	overheid 0 (0%)	zelfstandig 1 (3%)	militair 0 (0%)	gepensioneerd 12 (36,4%)	invaliditeit 3 (9,1%)
vorig beroep	thuiswerk 1 (3%)	arbeider 13 (39,4%)	bediende 14 (42,4%)	overheid 1 (3%)	zelfstandig 2 (6,1%)	militair 2 (6,1%)		
samenwonend gehuwd	Nee 1 (3%)	ja 32 (97%)						
kinderen	geen 3 (9,1%)	1 kind 12 (36,4%)	2 kind 13 (39,4%)	3 kind 4 (12,1%)	4 kind 1 (3%)			
ziekte kinderen	nee 20 (60,6%)	ja 13 (39,4%)						
roker	Nee 29 (87,9%)	Ja 4 (12,1%)						
familiale VG colonCa	Ja 2 (6,1%)	Nee 31 (93,9%)						
iFOBT	Ja 23 (69,7%)	Nee 10 (30,3%)						
tetanusvaccinatie	Ja 31 (93,9%)	Nee 2 (6,1%)						
uitstrijkje	Ja 14 (73,7%)	Nee 5 (26,3%)						
mammografie	Ja 18 (94,7%)	Nee 1 (5,3%)						

Tabel 1: responders Kaggevinne

Responders brief Massenhoven

Van de 30 deelnemers was iedereen gewoon verzekerd. 8 deelnemers kwamen na aanspreking en 1 deelnemer reageerde op informatie uit de wachtzaal. Het betrof 15 vrouwen en 15 mannen. De gemiddelde leeftijd was 62,8 jaar. Bij 12 patiënten was de opleiding van middelbaar niveau. 12 patiënten hadden een hogere opleiding genoten, waarvan 5 aan de universiteit. De grootste deelgroep was gepensioneerd. Het vorige beroep was bij de grootste groep bediende. 22 patiënten waren samenwonend. 24 patiënten hadden kinderen. Bij 10 patiënten waren de kinderen ooit ernstig ziek geweest. Er waren 2 rokers. Er was bij 9 patiënten een gekende familiale voorgeschiedenis van poliepen of coloncarcinomata (30%). Na het GMD+ preventieconsult waren er 21 patiënten in orde met hun iFOBT, 30 patiënten in orde met hun tetanusvaccinatie, 12 vrouwen in orde met hun

uitstrijkje en 13 vrouwen in orde met hun borstkankerscreening. Zie tabel 2.

aantal patiënten	30							
leeftijd	62,8							
adresgegevens	adres correct 30 (100%)	incorrect 0 (0%)						
rekrutering	brief 21 (70%)	mondeling 8 (26,7%)	wachtkamer 1 (3,3%)	via partner 0 (0%)				
omnio (wigw)	nee 30 (100%)	ja 0 (0%)						
geslacht	vrouwelijk 15 (50%)	mannelijk 15 (50%)						
opleiding	basisschool 6 (20%)	middelbaar 12 (40%)	hogeschool 7 (23,3%)	universiteit 5 (16,7%)				
huidig beroep	thuiswerk 2 (6,7%)	arbeider 2 (6,7%)	bediende 5 (46,7%)	overheid 1 (3,3%)	zelfstandig 3 (10%)	militair 0 (0%)	gepensioneerd 17 (56,7%)	invaliditeit 0 (0%)
vorig beroep	thuiswerk 2 (6,7%)	arbeider 8 (26,7%)	bediende 14 (46,7%)	overheid 3 (10%)	zelfstandig 3 (10%)	militair 0 (0%)		
samenwonend gehuwd	nee 8 (26,7%)	ja 22 (73,3%)						
kinderen	geen 6 (20%)	1 kind 3 (10%)	2 kind 10 (33,3%)	3 kind 9 (30%)	4 kind 2 (6,7%)			
ziekte kinderen	nee 20 (66,7%)	ja 10 (33,3%)						
roker	nee 28 (93,3%)	Ja 2 (6,7%)						
familiale VG colonCa	ja 9 (30%)	nee 21 (70%)						
iFOBT	ja 21 (70%)	nee 9 (30%)						
tetanusvaccinatie	ja 30 (100%)	nee 0 (0%)						
uitstrijkje	ja 12 (80%)	nee 3 (20%)						
mammografie	ja 13(86,7%)	nee 2 (13,3%)						

Tabel 2: responders Massenhoven

Weigeringen brief Kaggevinne

Van de 14 weigeringen en 1 patiënt die de uitnodiging vergeten was (en bij herinnering mondeling weigerde) waren er 9 vrouwelijke en 6 mannelijke patiënten. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in deze groep was 57,5 jaar. Van deze studiegroep waren er geen volledige gegevens gekend. Er waren 4 omnio-patiënten en 6 gewoon verzekerden. Het merendeel volgde geen hoger onderwijs (6/8 patiënten). 4 van de 9 patiënten waren gepensioneerd. 6 van 10 patiënten waren samenwonend of gehuwd. Er waren 2 patiënten kinderloos en 8 patiënten hadden kinderen. Bij 3 van deze patiënten waren de kinderen ooit ernstig ziek geweest. 4 patiënten rookten. Bij slechts 6 patiënten was de familiale voorgeschiedenis voor coloncarcinomata gekend (en was deze negatief). Zie tabel 3.

De reden voor weigering was bij 5 van de 15 patiënten dat ze een andere huisarts hadden, 2 patiënten waren overleden en 1 patiënten verbleef in een psychiatrische zorginstelling. De overige 7 patiënten hadden 9 antwoorden aangeduid. De voornaamste redenen waren: 'ik word al regelmatig gecontroleerd' (2/9 antwoorden) en 'ik doe niet mee aan een enquête' (2/9 antwoorden). De andere antwoorden die aangeduid werden, waren: 'ik kom wel als ik ziek ben', 'ik ga al genoeg naar de dokter', 'ik heb geen tijd', 'ik geloof niet in preventie' en 'uit het oog verloren' (alle 1/9 antwoorden). Zie tabel 4 bijlagen.

aantal patiënten	15								
leeftijd	57,5								
adresgegevens	adres correct 15 (100%)	incorrect 0 (0%)							
rekrutering	brief 14 (93,3%)	mondeling 1 (6,7%)	wachtkamer 0	via partner 0					
omnio (wigw)	Nee 6 (40%)	Ja 4 (26,7%)	ongekend 5 (33,3%)						
geslacht	vrouwelijk 9 (60%)	mannelijk 6 (40%)							
opleiding	basisschool 3 (20%)	middelbaar 3 (20%)	hoge school 2 (13,3%)	universiteit 0 (0%)	ongekend 7 (46,7%)				
huidig beroep	thuiswerk 0 (0%)	arbeider 0 (0%)	bediende 2 (13,3%)	overheid 1 (6,7%)	zelfstandig 2 (13,3%)	militair 0 (0%)	gepensioneerd 4 (26,7%)	invaliditeit 0 (0%)	ongekend 6 (40%)
vorig beroep	thuiswerk 0 (0%)	arbeider 1 (6,7%)	bediende 2 (13,3%)	overheid 1 (6,7%)	zelfstandig 4 (26,7%)	militair 0 (0%)			
samenwonend gehuwd	Nee 4 (26,7%)	ja 6 (40%)	ongekend 5 (33,3%)						
kinderen	geen 2 (13,3%)	1 kind 3 (20%)	2 kind 5 (33,3%)	3 kind 0 (0%)	4 kind 0 (0%)	ongekend 5 (33,3%)			
ziekte bij kinderen	nee 7 (46,7%)	ja 3 (20%)	ongekend 5 (33,3%)						
roker	ja 4 (26,7%)	nee 6 (40%)	ongekend 5 (33,3%)						
familiale VG colonCa	ja 0 (0%)	nee 6 (40%)	ongekend 9 (60%)						

Tabel 3: weigeringen Kaggevine

Weigeringen brief Massenhoven

Er weigerden 3 vrouwen en 2 mannen. De gemiddelde leeftijd van deze groep was 64 jaar. Iedereen was gewoon verzekerd. Alle patiënten genoten een middelbare opleiding. De meerderheid was gepensioneerd. Iedereen was samenwonend. 4 patiënten hadden kinderen. Geen van hun kinderen was ooit ernstig ziek. De rookstatus of de familiale voorgeschiedenis van darmkanker was bij niemand gekend. Zie tabel 5.

De voornaamste reden voor weigering was: 'ik word al regelmatig gecontroleerd' (3/7 antwoorden). 'ik kom wel als ik ziek ben' was het tweede meest voorkomende antwoord (2/7 antwoorden). 'Ik geloof niet in preventie' en 'ik heb geen tijd' werden elk eenmaal gekozen. Zie tabel 6 bijlagen.

aantal patiënten	5							
leeftijd	64							
adresgegevens	adres correct 5 (100%)	incorrect 0 (0%)						
rekrutering	brief 5 (100%)	mondeling 0 (0%)	wachtkamer 0 (0%)	via partner 0 (0%)				
omnio (wigw)	Nee 5 (100%)	Ja 0 (0%)						
geslacht	vrouwelijk 3 (60%)	mannelijk 2 (40%)						
opleiding	basisschool 0 (0%)	middelbaar 5 100%)	hogeschool 0 (0%)	universiteit 0 (0%)				
huidig beroep	thuiswerk 1 (20%)	arbeider 0 (0%)	bediende 0 (0%)	overheid 0 (0%)	zelfstandig 1 (20%)	militair 0 (0%)	gepensioneerd 3 (60%)	invaliditeit 0 (0%)
vorig beroep	thuiswerk 0 (0%)	arbeider 0 (0%)	bediende 5 (100%)	overheid 0 (0%)	zelfstandig 0 (0%)	militair 0 (0%)		
samenwonend gehuwd	Nee 0 (0%)	ja 5 (100%)						
kinderen	geen 1 (20%)	1 kind 2 (40%)	2 kind 1 (20%)	3 kind 1 (20%)	4 kind 0 (0%)			
ziekte bij kinderen	nee 5 (100%)	ja 0 (0%)						
roker	ja ?	nee ?						
familiale VG colonCa	ja ?	nee ?						

Tabel 5: weigeringen Massenhoven

Respons op herinneringsmail Kaggevinne

Er werden 59 herinneringsmails verstuurd naar de patiënten van wie het mailadres gekend was (via het EMD of via de online agenda). 11 patiënten reageerden op een eerste herinneringsmail, waarvan 2 met een onvolledige antwoordenlijst. De 48 non-responders op de eerste mail werden nog een tweede maal gecontacteerd. Op de tweede herinneringsmail reageerden 12 patiënten, wederom met 2 onvolledige antwoordlijsten. Er konden zo dus 23 patiënten extra verwerkt worden.

Er waren 10 mannen en 13 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze groep was 55,7 jaar. Alle patiënten in deze groep waren gewoon verzekerd. 10 patiënten volgden hoger onderwijs. De grootste groep waren gepensioneerden. 19 patiënten waren samenwonend. Er werd door 3 patiënten ziekte bij kinderen gerapporteerd. Er waren 2 rokers en 19 niet-rokers. Bij 4 patiënten was er familiale belasting van poliepen of coloncarcinomata, terwijl 18 patiënten geen familiale belasting hadden. Zie tabel 7.

De voornaamste reden voor niet deelname was:'ik word al regelmatig gecontroleerd'(13/47 antwoorden). De tweede meest genoemde reden was: 'ik kom wel als ik ziek ben'(9/47 antwoorden). Van 5 patiënten die reageerden en geen brief hadden ontvangen omwille van een foutief adres, waren 4 wel gemotiveerd om nog deel te nemen aan de studie. De 5 patiënten die de brief uit het oog verloren, wilden ook allen nog deelnemen. Zie tabel 8 bijlagen.

aantal patiënten	23								
leeftijd	55,7								
adresgegevens	adres correct 18 (78,3%)	incorrect 5 (21,7%)							
rekrutering	brief 0 (0%)	mondeling 0 (0%)	wachtkamer 0 (0%)	via partner 0 (0%)	via reminder 23 (100%)				
omnio (WIGW)	Nee 23 (100%)	Ja 0 (0%)							
geslacht	man 10 (43,5%)	vrouw 13 (56,5%)							
opleiding	basisschool 0 (0%)	middelbaar 9 (39,1%)	hogeschool 8 (34,8%)	universiteit 2 (8,7%)	ongekend 4 (17,4%)				
huidig beroep	thuiswerk 2 (8,7%)	arbeider 0 (0%)	bediende 6 (26,1%)	overheid 4 (17,4%)	zelfstandig 2 (8,7%)	militair 0 (0%)	gepensioneerd 8 (34,8%)	invaliditeit 0 (0%)	Ongekend 1 (4,3%)
vorig beroep	thuiswerk 2 (8,7%)	arbeider 1 (4,3%)	bediende 9 (39,1%)	overheid 6 (26,1%)	zelfstandig 2 (8,7%)	militair 0 (0%)	Ongekend 3 (13%)		
samenwonend gehuwd	Nee 3 (13%)	Ja 19 (82,6%)	Ongekend 1 (4,3%)						
kinderen	geen 4 (17,4%)	1 kind 7 (30,4%)	2 kinderen 8 (34,8%)	3 kinderen 1 (4,3%)	4 kinderen 0 (0%)	ongekend 3 (13%)			
ziekte bij kinderen	Ja 3 (13%)	Nee 17 (73,9%)	ongekend 3 (13%)						
roken	ja 2 (8,7%)	nee 19 (82,6%)	ongekend 2 (8,7%)						
fam poliepen of colonCa	ja 4 (17,5%)	nee 18 (78,3%)	ongekend 1 (4,3%)						

Tabel 7: respons herinneringsmail Kaggevinne

Respons op herinneringsmail Massenhoven

Er werden 97 herinneringsmails verstuurd naar de patiënten van wie het mailadres gekend was (via het EMD of via de online agenda-profielen). Er kwamen 17 antwoorden op de eerste herinneringsmail (17,5%). Na screening van de lijst door de praktijkcollega's werd er nog een tweede herinneringsmail naar 42 van de overige 80 patiënten gestuurd. Hierop reageerden 13 patiënten (31%). Er konden zo dus 30 patiënten extra verwerkt worden.

De gemiddelde leeftijd van deze groep was 56,3 jaar. Er waren 15 mannen en 15 vrouwen. Alle patiënten waren gewoon verzekerd. Het merendeel van de patiënten volgde een middelbare opleiding. Het meest voorkomende beroep was bediende. 26 patiënten waren samenwonend. Er werd bij 5 patiënten het doormaken van een ernstige ziekte bij hun kinderen gerapporteerd. Er waren 3 rokers. 6 patiënten hadden een familiale voorgeschiedenis van poliepen of coloncarcinomata. Zie tabel 9.

De voornaamste reden voor niet deelname was: 'ik word al regelmatig gecontroleerd' (16/59 antwoorden). De tweede meest voorkomende reden was: 'ik kom wel als ik ziek ben' (12/59

antwoorden). Op de derde en vierde plaats stonden: 'ik heb geen tijd' en ' ik ga al genoeg naar de dokter' (8 respectievelijk 7 van de 59 antwoorden). 6 patiënten waren de brief uit het oog verloren. 4 patiënten antwoordden: 'ik geloof niet in preventie' en 2 patiënten hadden geen brief aangekregen. Zie tabel 10 bijlagen.

aantal patiënten 30 leeftijd 56,3								
adresgegevens	adres correct 28 (93,3%)	incorrect 2 (6,7%)						
rekrutering	brief 0 (0%)	mondeling 0 (0%)	wachtkamer 0 (0%)	via partner 0 (0%)	via reminder 30 (100%)			
omnio (WIGW)	Nee 30 (100%)	Ja 0 (0%)						
geslacht	man 15 (50%)	vrouw 15 (50%)						
opleiding	basisschool 5 (16,7%)	middelbaar 15 (50%)	hogeschool 6 (20%)	universiteit 4 (13,3%)				
huidig beroep	thuiswerk 1 (3,3%)	arbeider 5 (16,7%)	bediende 10 (33,3%)	overheid 1 (3,3%)	zelfstandig 6 (20%)	militair 0 (0%)	gepensioneerd 7 (23,3%)	invaliditeit 0 (0%)
vorig beroep	thuiswerk 2 (6,6%)	arbeider 7 (23,3%)	bediende 10 (33,3%)	overheid 3 (10%)	zelfstandig 8 (26,7%)	militair 0 (0%)		
samenwonend gehuwd	Nee 4 (13,3%)	Ja 26 (86,7%)						
kinderen	geen 3 (10%)	1 kind 2 (6,7%)	2 kinderen 18 (60%)	3 kinderen 6 (20%)	4 kinderen 1 (3,3%)			
ziekte bij kinderen	nee 25 (83,3%)	ja 5 (16,7%)						
roken	ja 3 (10%)	nee 27 (90%)						
familiale VG colonCa	ja 6 (20%)	nee 24 (80%)						

Tabel 9: respons herinneringsmail Massenhoven

Discussie

Uit dit onderzoek bleek dat 16,4% van de uitgenodigde patiënten deelnam aan de preventieraadpleging Er werd bijna niet deelgenomen naar aanleiding van passieve rekrutering. Een herinnering sturen via mail bereikte een goede respons. De voornaamste redenen om deelname te weigeren waren: 'ik word al regelmatig gecontroleerd', 'ik kom wel als ik ziek ben' en 'ik heb geen tijd'. Zie figuur 3.

Patiëntkenmerken

Omnio-statuut

We merkten dat omnio-patiënten niet alleen minder deelnamen aan de preventieraadpleging, de omnio-patiënten weigerden ook vaker deelname aan de studie/enquête. Een eerste reden hiervoor kan zijn dat ze vaker op consultatie komen en zich beter opgevolgd voelen. Het aantal consultaties in

2014 voor de eerste 100 uitgenodigde patiënten uit Kaggevinne toonde gemiddeld 14,9 contacten voor omniopatiënten en 7,0 contacten voor gewoon verzekerden. Dit was in tegenstelling met het KCE rapport 85A. (25) Hierin stond dat sociaal benadeelden minder vaak op consultatie komen. Het betrof in dit rapport vaker een jongere populatie (in tegenstelling tot de 45-75 jarigen in deze studie). Er werd ook vermeld dat het remgeld een drempel vormde. Hierbij werd echter niet vermeld of dit het gewone remgeld of de verhoogde tegemoetkoming betrof.Een tweede reden kan zijn dat ze de kosten vrezen van de preventieraadpleging zelf, van bijkomende onderzoeken of bij eventuele ziektediagnose. Zie figuur 4.

Leeftijd
De responders en diegenen die onmiddellijk weigerden waren ouder dan de gemiddelde leeftijd voor de gehele streekproef. Daarentegen waren degenen die reageerden op de herinneringsmail gemiddeld jonger. Het kan zijn dat internet minder gebruikt wordt door de oudere populatie. Gezien de jongere populatie meer antwoordde op de herinneringsmails, kan het nuttig zijn om bijkomend aan de brieven ook meteen een mail te sturen (en niet alleen als reminder). Zie figuur 5.

Geslacht
In de samengevoegde resultaten van beide praktijken was er een minimaal verschil tussen deelname door mannen en vrouwen. Mannen namen minder vaak deel en kunnen baat hebben bij extra aansporing. Dit kan eventueel door er voor hen aanbelangende informatie bij te voegen (bijvoorbeeld welke de meest voorkomende tumoren voor mannen zijn in het kader van preventie van coloncarcinomata). In Kaggevinne werden ook enkele mannen overtuigd door hun partner om deel te nemen. Om de deelname aan de preventieraadpleging te verhogen, zou men – indien de beide partners patiënt zijn – 1 algemene uitnodiging voor beiden kunnen versturen. Er is aangetoond dat het hebben van een partner een beschermende factor is. (26) Indien ze 1 brief krijgen, is dit een open uitnodiging om ook tezamen te komen. Zie figuur 6 – 7.

Rookstatus
Wanneer we kijken naar de gezondheidsenquête uit 2013, blijkt 19% van de inwoners van België ouder dan 15 jaar dagelijks te roken. (27) Het aantal rokers bij de directe weigeringen was hoger dan de gemiddelde cijfers van de gezondheidsenquête. Bij de responders en de antwoorden op de herinneringsmail was dit percentage lager dan de gemiddelden van de gezondheidsenquête. Er waren een aantal ongekende statussen waardoor het percentage rokers vooral bij de weigeringen mogelijks nog hoger is. Er zijn verschillende mogelijke redenen voor dit lagere rokerspercentage in de groep responders en antwoorden op herinneringsmail. Een eerste reden kan het Healthy responders-effect zijn. Verschillende patiënten die antwoordden op de herinneringsmail vroegen of ze nog steeds konden deelnemen aan het preventieconsult maar waren de brief uit het oog verloren of hadden geen brief gekregen. Deze groep omvatte 18 patiënten waarvan 16 niet-rokers en 2 ongekende statussen. Een tweede reden kan te maken hebben met de relatie tussen opleiding en roken. Er antwoordden meer hoger opgeleiden op de herinneringsmail en er waren meer hoger opgeleiden bij de responders. In onze steekproef hadden slechts 2 van de 15 gekende rokers een hogere opleiding. Er waren met andere woorden minder hoger opgeleide rokers in onze steekproef, terwijl er in verhouding meer hoger opgeleiden antwoordden.
Er moet zeker voldoende aandacht gegeven worden bij andere raadplegingen om de status van roker vast te stellen. Zo kan men deze rokers extra aansporen om deel te nemen aan de preventieconsulten. De helft van de deelnemende rokers gaf aan niet te willen spreken over rookstop (3/6). Zie figuur 8.

Familiale belasting colorectale carcinomata
Volgens cijfers van de 'gezondheidsconferentie bevolkingsonderzoek' zou tot 50% van de bevolking ooit darmpoliepen gehad hebben. Ook werd er een prevalentie van 0,5% colorectale tumoren in

Vlaanderen vermeld.(6) Volgens cijfers in Nature zou tot 10% van de populatie familiaal belast zijn.(28) De cijfers die we uit onze studie konden halen, toonden een hogere frequentie van familiale belasting bij alle antwoorden (ook de weigeringen aan deelname). In tegenstelling tot de thesis van dr. Feys (29) werd het hoogste percentage van familiale belasting in onze studie vastgesteld bij de weigeringen via mail (20,8%). Bij de deelnemers aan het preventieconsult was dit een lager percentage (17,5%). Mogelijks werd dit veroorzaakt doordat de responsratio slechts 16,4% bedraagt, waardoor de steekproef niet volledig representatief is. Er kan ook eenzelfde effect meespelen als bij de rookstatus: verscheidene patiënten wilden deelnemen maar kregen geen brief of verloren deze uit het oog. Een derde oorzaak voor deze resultaten kan het gevolg zijn van een algemeen hogere frequentie van familiale belasting in onze steekproef. Een laatste mogelijke oorzaak kan de angst voor verdere investigatie (coloscopie) zijn. Hiernaar kan de huisarts polsen en er kan praktische uitleg geven worden over het verloop van een coloscopie. Verscheidene ziekenhuizen hebben hierover een informatiebrochure.(6,30) Zie figuur 9.

Ziekte bij kinderen

Er was een verband tussen ziekte bij kinderen en deelname aan onze studie. Bij deelname zagen we een hoger aantal deelnemers van wie de kinderen ooit ernstig ziek waren geweest. Mogelijks spoorde het van dichtbij meemaken van een ernstige ziekte meer aan tot preventie. Dit verwerken in een uitnodiging zou echter een moeilijke oefening zijn. Bovendien zou een grondige familiale anamnese nodig zijn om dit te kunnen realiseren. Het zou wel een aanwijzing kunnen zijn voor de arts om deze mensen eventueel eens extra aan te spreken om deel te nemen aan een preventieconsult. Zie figuur 10 – 11.

Opleiding en beroep

Volgens onze resultaten namen de patiënten van middelbaar niveau meer deel dan dat ze antwoordden op de mails. Bij de hoger geschoolden was deze verhouding eerder omgekeerd. Zij zouden dus meer gestimuleerd kunnen worden. Het speelde mogelijks wel een rol dat er enkele patiënten geen brief kregen en nog wilden deelnemen aan de studie. Een tekort aan tijd werd vooral door hen aangehaald. Een bevestiging dat tijdsgebrek een belangrijke factor was, zagen we in het feit dat vooral gepensioneerden deelnamen aan onze studie. Zie figuur 7, 8 en 9. Waarschijnlijk waren deze resultaten ten dele vertekend omdat vroegere generaties minder vaak verder studeerden. Er kon bijgevolg niet besloten worden dat de hoger opgeleide patiënten niet willen deelnemen aan preventie. Het beroep leek wel van invloed te zijn: bedienden en oud-bedienden namen vaak deel terwijl (gepensioneerde) zelfstandigen minder vaak deelnamen. Ook hier was het (gepercipieerde) tijdsverlies een voorname reden.
Om de werkende populatie te overtuigen deel te nemen aan preventie, kan men bijvoorbeeld vaste momenten na de kantooruren reserveren. Ook zou het kunnen helpen een maximumtijd voor deze consultaties op de uitnodiging te vermelden. Er kan een bijkomend voordeel zijn als er nog meer systematisch wordt gewerkt.(11) Dit kan bijvoorbeeld door een praktijkverpleegkundige in te schakelen die het voorbereidende werk uitvoert.(13) Zie figuur 12 – 14.

Brieven

Brieven sturen bleek een erg tijdrovende bezigheid: de verschillende documenten printen, plooien, samenvoegen en de adressen schrijven. Initieel werd besloten om de brieven zelf rond te brengen om de kosten te drukken. Dit bleek evenwel zo tijdrovend dat de resterende brieven nadien toch per post verstuurd werden.
Een aantal brieven werden door de post teruggestuurd omwille van een verkeerd adres. Dit gaf wel duidelijk aan of deze gegevens in het EMD foutief waren. We hadden de juistheid van de adressen voor een deel kunnen controleren aan de hand van de agenda profielen van de digitale agenda.
Sommige patiënten vermeldden dat de 'weinig professionele' opmaak van de brief een mogelijke reden was om af te haken. Dit doet ons vermoeden dat een briefhoofd van de praktijk, een

duidelijkere uitnodiging en ook een professioneler uiterlijk van de enveloppe (bv. geprinte adressen, enveloppe van de praktijk,…) een hogere respons had mogelijk gemaakt. Misschien was de brief ook duidelijker geweest indien het verplichte gedeelte over toestemming en uitleg over de studie niet meegestuurd werd. Dit laatste werd ook reeds vermeldt door Dr. Delanoye. (31) Dat de GMD+ raadpleging kosteloos is, moet nog duidelijker vermeld worden, gezien enkele patiënten toch dachten dat ze iets moesten betalen. Zie figuur 15.

HAIO

De brief werd in naam van de HAIO geschreven en de PO en collega's werden pas onderaan vermeld. Dit kon mogelijks voor verwarring gezorgd hebben indien patiënten de naam van de uitnodigende arts niet herkenden en niet de hele brief lazen. Deze verwarring werd ons ook mondeling door enkele patiënten vermeld. Dit effect kan nog meer meegespeeld hebben bij dr. Vernyns die pas sinds 1 september 2014 in de praktijk begon te werken.
Dr. Musschoot besloot voor haar thesis geen artsen te vermelden op de uitnodigingsbrief, om zo geen negatief effect uit te lokken van haar rol als HAIO. (32)

Afspraak maken

In Kaggevinne kon de afspraak elektronisch, telefonisch of in de praktijk zelf gemaakt worden. In Massenhoven werd gevraagd om deze alleen elektronisch te maken om de werklast te beperken. Dit laatste werd door de patiënten regelmatig als struikelblok aangehaald (gemiddelde leeftijd van de uitgenodigde patiënt was 59 jaar). In Kaggevinne werden de meeste afspraken telefonisch gemaakt en enkele elektronisch (maar toch duidelijk minder en door jongere patiënten) of mondeling.

Redenen om niet deel te nemen

Een deel van de patiënten had het gevoel reeds te voldoen aan alle preventieve acties: 'ik word al regelmatig gecontroleerd' en 'ik kom al genoeg naar de dokter'. Ze gingen regelmatig naar hun huisarts en veronderstelden dat deze op tijd de nodige preventieve stappen zou ondernemen. Door (frequente) niet-gestructureerde consulten kon er een vals-veilig gevoel van controle ontstaan. (14,22). Er zou aan deze patiënten uitgelegd kunnen worden dat er soms preventieve elementen voorkomen tijdens de gewone consultaties, maar dat deze preventieve acties het karakter van 'case finding' hebben. Zo zouden andere preventieve elementen over het hoofd kunnen gezien worden.
Een tweede deel van de patiënten had het gevoel tijd te verliezen met preventieve consultaties of ze geloofden niet in preventie: 'ik kom wel als ik ziek ben', 'ik kom al genoeg naar de dokter' en 'ik word al regelmatig gecontroleerd'. Men zou deze patiënten op de hoogte kunnen brengen dat er toch een extra consult nodig is om alle informatie te bundelen. Ook kan men in de uitnodiging vermelden dat een preventieve actie vaak minder lang duurt dan een therapeutische actie. Het adagio 'voorkomen is beter als genezen' is hier van toepassing. Het plannen van preventieconsulten op momenten die voor patiënten het beste uitkomen en waarop er minder kans is op tijdsverlies, kunnen de respons doen toenemen. Ook een vrije raadpleging kan de respons verhogen: de patiënt komt dan immers wanneer het hem uitkomt. Dit kan echter als nadeel hebben dat er op sommige momenten misschien niemand komt opdagen en dat er op andere momenten enkele patiënten op hetzelfde ogenblik staan.
Een groep patiënten was de brief uit het oog verloren. Dit lijkt vooral het nut van reminders aan te tonen, gezien verschillende van deze patiënten aangaven nog te willen deelnemen na een herinnering. De timing voor het versturen van een herinnering(eventueel via mail) is wel belangrijk. Het tijdsinterval zou kleiner moeten zijn als in onze studie.
Een minderheid had angst om te moeten betalen, ook al stond in de oproepingsbrief dat het GMD+ consult kosteloos was. Een andere kleine groep gaf aan angst te hebben om pijn te moeten ondergaan tijdens de onderzoeken. Dit toonde dat er noodzaak was om duidelijkheid te scheppen over de inhoud van een preventieconsult.

Motiveren tot deelname

Vanuit de huisartspraktijk

Alle patiënten uit de praktijk die voldeden aan de inclusiecriteria voor GMD+ zouden jaarlijks een brief kunnen krijgen. Hierbij zou, zoals hierboven beschreven, het tijdstip van aanschrijven belangrijk zijn. Indien de jaarlijkse bloedname gewoonlijk in het vroege voorjaar plaatsvond, zou de brief vóór deze periode verstuurd kunnen worden zodat dit eventueel kan gecombineerd worden met een preventieraadpleging. Een bijkomende stap om patiënten te motiveren om deel te nemen, zou kunnen zijn om hen aan te spreken wanneer ze voor andere redenen op raadpleging komen.
In vergelijking met de deelnamepercentages uit onze literatuurstudie haalden we in onze steekproef een lager percentage (25,2% vs. 16,4%).Het hoogste deelnamepercentage dat we in de literatuur terugvonden was 34,8%. Dit deed vermoeden dat we andere manieren van rekruteren of bewustmaking moeten zoeken. We zouden dan misschien ook ruimer moeten kijken dan het niveau van de huisartspraktijk.

Vanuit de media

Als we de verschillende onderdelen van de preventiemodule bekeken, zagen we dat enkele onderdelen beter in orde waren. We zagen in onze studie een goede deelname voor cervix- en mammacarcinoom screening. Er kon hier een selectiebias meespelen (een healthy responder effect). Ook bij dr. Feys waren er vergelijkbare resultaten. Het deed echter wel vermoeden dat een algemene campagne op gewestniveau of zelfs nationaal (zoals de 'laat naar je borsten kijken' slogan voor tweejaarlijkse mammografie) een groter effect zou kunnen hebben op de participatiegraad. Dit zou een campagne op TV of andere media kunnen zijn. Dit zou ook kunnen helpen om de inhoud van het preventieconsult beter bekend te maken onder de brede bevolking. Ook kunnen we andere zorgverstrekkers hierin proberen betrekken: indien mensen bij voorbeeld vrij verkrijgbare medicatie halen bij de apotheker – die vaak ook een vertrouwenspersoon is in de zorg – kan hij of zij ook aansporen om deel te nemen aan de preventieraadpleging.

Conclusie

Wie nam deel aan preventie en wat kunnen we doen om patiënten meer te laten deelnemen?
Een uitnodigingsbrief is een effectieve rekruteringsstrategie. Nadelen van een brief zijn de kostprijs verbonden aan het verzenden en het gevaar dat een brief uit het oog verloren wordt. Hier kan een bijkomende herinneringsmail (reminder) helpen, vooral voor de jongere populatie. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor de opstelling van de brief met een briefhoofd van de praktijk. Het maken van een telefonische afspraak blijft voorlopig, zeker voor de oudere patiënten, nog belangrijk. Dit zal met de inburgering van de nieuwe media van dalend belang zijn.

In onze studie namen omnio-patiënten minder vaak deel als gewoon verzekerden: dit kan liggen aan gepercipieerde kosten en het gevoel goed gecontroleerd te zijn (ook al wordt er weinig preventieve geneeskunde gedaan tijdens deze consultaties). Er dient in de uitnodigingsbrief uitdrukkelijk te staan dat het GMD+ consult voor de patiënt gratis is. De verdere onderzoeken brengen wel een kost met zich mee, maar preventieve acties kosten minder als curatieve acties.
Mannen namen minder vaak deel als vrouwen. Een extra aansporing met voor mannen specifieke informatie kan helpen. Een algemene uitnodiging gericht aan het koppel kan een andere stimulans zijn.
Van rokers is geweten dat ze minder deelnemen. Dit werd in onze studie bevestigd. De rookstatus ontbreekt nog te vaak in het EMD. Een niet-beschuldigende uitnodiging met de uitleg dat een aantal risico's moeten nagekeken worden, kan mogelijks voor een hogere deelname zorgen.

De perceptie van tijdsverlies was de belangrijkste factor om niet deel te nemen. Voornamelijk de werkende bevolking en zeker de zelfstandigen namen minder vaak deel, in tegenstelling tot de gepensioneerden. Dit kan ten dele voorkomen worden door een vaste tijdsduur na te streven voor deze consultaties en deze ook reeds in de brief te vermelden.
Een tweede reden voor niet-deelname aan de preventieconsulten is reeds regelmatig op consultatie komen. In de uitnodiging kan men benadrukken dat het preventieconsult een meer compleet nazicht is, in tegenstelling tot een 'routine' controle tijdens het jaar.

De deelname verhogen op het microniveau van een praktijk blijkt moeilijk te zijn. Om een hogere deelname te bekomen, kan het noodzakelijk zijn om meer op macroniveau te werken. De borstkanker en baarmoederhalskanker screening en meer recent het iFOBT-onderzoek tonen dat een hogere respons wel mogelijk is. Dit kan samen met de andere zorgverstrekkers lokaal georganiseerd worden, maar mogelijks is het nog effectiever op Vlaams of nationaal niveau. Ook kan via de media de inhoud van een preventieconsult meer bekend gemaakt worden.

Bibliografie

1. Priem M. Wat weehoudt patiënten ervan om deel te nemen aan het preventieconsult? VUBrussel; 2010.

2. Raad voor Volksgezondheid & Zorg. advies care en cure [Internet]. 2001. Beschikbaar via: www.rvz.net

3. FOD economie. Sterftetafels en levensverwachting [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 5]. Available from: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte_leven/tafels/

4. Baeten R. Zorgen algemene preventieve gezondheidscheck-ups voor gezondheidswinst ? Minerva. 2014;13(2):15–6.

5. Laperche J. Preventie in een ruimer kader. Minerva. 2008;7(2):2008.

6. gezondheidsconferentie Bevolkingsonderzoeken. BEVOLKINGSONDERZOEK DIKKEDARMKANKER Rapportering van de werkgroep ter voorbereiding van de Gezondheidsconferentie November 2013. 2013;(November).

7. De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. Minerva. 2011;10(10):1.

8. Nuyens Y. De Eerste Lijn in Beweging ? 2013;Voortgangs(december).

9. Domus Medica. GezondheidsGids. 2011; Beschikbaar via: www.domusmedica.be/gezondheidsgids

10. Remgeld IND. HONORARIA EN REMGELDEN VOLGENS RIZIV - januari 2014. 2014;8–9.

11. Vandenberghe S. Het algemeen preventieconsult : een zorg voor iedereen ? UGent; 2012.

12. Domus Medica [Internet]. Beschikbaar via: www.domusmedica.be

13. Roobroeck J. Drie jaar preventieconsult : ervaringen en lessen uit de Vlaamse huisartspraktijk. UGent; 2014.

14. Mannaerts A. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren ? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. KULeuven; 2012.

15. Nadzeya K. Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van gmd plus. UGent; 2013.

16. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, et al. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2013;13(1):464. Beschikbaar via: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/464

17. Nielen MMJ. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. 2010.

18. Dokkum NF, Koekenbier RH, van den Broek IV, van Bergen JE, Brouwers EE, Fennema JS, et al. Keeping participants on board: increasing uptake by automated respondent reminders in an Internet-based Chlamydia Screening in the Netherlands. BMC Public Health [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012;12(1):176. Beschikbaar via: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/176

19. Simon V. GMD+. KULeuven; 2014.

20. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. Br J Cancer. 2010;103:1496–501.

21. Von Wagner C, Baio G, Raine R, Snowball J, Morris S, Atkin W, et al. Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: Results from the first 2.6 million invitations in England. Int J Epidemiol. 2011;40(February):712–8.

22. Verhaegen S. Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartsenpraktijk ? KULeuven; 2011.

23. Studiedienst van de Vlaamse Regering. Diest [Internet]. 19/11/2014. Beschikbaar via: http://aps.vlaanderen.be/lokaal/pdf/gemeente-2014/Diest.pdf

24. Studiedienst van de Vlaamse Regering. Zandhoven [Internet]. 19/11/2014. Beschikbaar via: http://aps.vlaanderen.be/lokaal/pdf/gemeente-2014/Zandhoven.pdf

25. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België [Internet]. 2008. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl

26. Joung IMA. De relatie tussen burgerlijke staat en gezondheid. Ned Tijdschr Geneeskd. 1997;141(6):277–81.

27. Wetenschappelijk instituut volksgezondheid. Gezondheidsenquete 2013. 2013.

28. Henrikson NB, Webber EM, Goddard K a., Scrol A, Piper M, Williams MS, et al. Family history and the natural history of colorectal cancer: systematic review. Genet Med [Internet]. IOP Publishing; 2015;(November 2014). Beschikbaar via: http://www.nature.com/doifinder/10.1038/gim.2014.188

29. Feys C, Fouvry J. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt ervan. KULeuven; 2011.

30. Polfliet J. Implementatie van colonkankerscreening in de huisartsenpraktijk : Van guideline tot praktijkrichtlijn . Interventie in een groepspraktijk . UGent; 2012.

31. Delanoye A. Implementatie van het GMD + in de huisartspraktijk: bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie. UGent; 2012.

32. Musschoot M. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventiedossier (GMPD)? UGent; 2009.

Uitnodiging preventieconsult (GMD+)

Leg vandaag de basis voor uw gezondheid van morgen

Beste mevrouw, mijnheer,

Door de evolutie in de geneeskunde kunnen we naast het genezen van ziekte deze ook steeds meer opsporen in een vroeg stadium en schade voorkomen. Dit heet **preventieve geneeskunde**.
Veel chronische ziektes zoals hart- en vaatlijden, suikerziekte, bepaalde kankers,… worden immers pas zichtbaar wanneer ze al schade aangericht hebben. Deze schade is vaak niet meer te herstellen.

Omdat er in de dagelijkse praktijk tijdens de consultaties weinig tijd kan besteed worden aan preventie, willen we u graag uitnodigen voor een **preventieconsult in het kader van het GMDplus (globaal medisch dossier plus)**. Tijdens dit consult overlopen we samen individuele en familiale risicofactoren en hebben we aandacht voor preventieve acties die u kunt ondernemen. Deze consultatie neemt ongeveer 30 minuten in beslag.
Het preventieconsult wordt **volledig terugbetaald** voor patiënten die hun globaal medisch dossier in de praktijk hebben.

Dr. Vernyns en dr. De Caesemaeker doen een onderzoek rond het preventieconsult in de praktijk gedurende een periode van 4 maanden. Dit gebeurt onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

We willen aan de hand van een vragenlijst te weten komen hoe er zoveel mogelijk patiënten aangesproken en gemotiveerd kunnen worden om deel te nemen aan het preventieconsult. Hierin worden ook enkele vragen gesteld om het consult zo vlot mogelijk te laten verlopen. Omdat het voor ons ook belangrijk is **uw mening** te kennen, wordt er ook ingegaan op de redenen om al dan niet deel te nemen.

Het GMD+ richt zich op alle patiënten **tussen 45 en 75 jaar**.

Bent u geïnteresseerd in een preventieconsult, dan kan u in bijlage meer informatie vinden.
Nadien kunt u hiervoor een afspraak maken bij Dr. De Caesemaeker. Dit kan telefonisch of via de online agenda.
Vermeld zeker dat u een **afspraak maakt voor een preventieconsult** en breng uw ingevulde vragenlijst mee naar deze raadpleging.

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

Informatie voor de patiënt

Globaal Medisch Dossier plus:
invloed van oproepstrategie en patiëntkarakteristieken op deelname

Geachte mevrouw, mijnheer,

in het kader van hun master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doen Dr. Caroline Vernyns en Dr. Tobias De Caesemaeker een onderzoek naar het preventieconsult (GMD +). Dit onderzoek zal in de praktijk van beide artsen gebeuren tijdens het academiejaar 2014 – 2015.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van het UZ Leuven en staat onder toezicht van de KU Leuven.

Met deze studie willen ze onderzoeken welke kenmerken van de patiënten de deelname aan een preventie-onderzoek kunnen beïnvloeden. Met andere woorden hoe er zoveel mogelijk patiënten aangesproken en gemotiveerd kunnen worden om deel te nemen aan een dergelijke preventieraadpleging. Omdat het voor ons belangrijk is om ook uw mening te kennen, wordt ook een korte vragenlijst bijgevoegd. Hierin wordt gepeild naar uw mening over de redenen om al dan niet deel te nemen bijgevoegd.

Het GMD + is een volledig door de overheid terugbetaalde raadpleging voor patiënten die hun GMD in de praktijk hebben. Ook de deelname aan de studie is kosteloos. Omdat deze regeling bedoeld is voor patiënten tussen 45 en 75 jaar, werd ook enkel naar hen een uitnodiging verstuurd.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek, wordt u gevraagd de bijgevoegde vragenlijsten in te vullen. Nadien kan u een afspraak maken om deze vragenlijsten te bespreken met de onderzoekers of uw artsen. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en behandeld. Dit inzake de wet op de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Uw deelname gebeurt op vrijwillige basis. Dit betekent dat u het recht heeft op elk moment uw deelname aan de studie stop te zetten zonder enig gevolg voor uw behandeling of relatie met uw huisarts. Door het ondertekenen van het toestemmingsformulier (informed consent) geeft u uw toestemming tot medewerking aan de studie.

Indien u toch nog vragen zou hebben, kan u te allen tijde contact opnemen met de onderzoekers of uw huisarts.

Alvast bedankt voor uw medewerking.
Met vriendelijke groeten,

Dr. Caroline Vernyns en Dr. Tobias De Caesemaeker

Toestemmingformulier

Bestemd voor de deelnemende patiënt

Naam en voornaam van de patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat Dr. Vernyns Caroline / Dr. De Caesemaeker Tobias mij voldoende heeft ingelicht over de aard en het doel van deze studie en de mogelijke voor- en nadelen ervan.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie volledig heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

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

4. Ik begrijp dat mij persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd in overeenstemming met de Belgische wetgeving betreft de registratie en persoonsgegeven. Het medisch beroepsgeheim, de wettelijke bepalingen aangaande privacy en de verwerking van persoonsgegevens (conform de Belgische wet van 08/12/1992), alsook de wet inzake rechten van de patiënt (conform de Belgische wet van 22/08/2002) worden hierbij gerespecteerd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en de verklaring van Helsinki ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de KU Leuven toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 07/05/2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet worden afgesloten, ook al houdt deze studie weinig tot geen risico in voor de deelnemende patiënt.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt persoonlijk te dateren en te ondertekenen.

Naam en handtekening…… Datum……..

Bestemd voor de onderzoeker

Masterthesis dr. C. Vernyns en dr. T. De Caesemaeker: Preventie / GMD +

Deze vragenlijst is alleen gericht tot onze GMD patiënten tussen 45 en 75 jaar
Bij twijfel over het antwoord, kan u raad vragen aan uw huisarts

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

1. Naam en voornaam:..... Geboortedatum:.....
   Adres:..... Tel/gsm:.....
   ..... Email:.....

PERSOONLIJKE GEGEVENS

2. Wat is uw opleiding? .....

3. Wat is uw huidige beroep? .....

4. Vorige beroepen?.....

5. Hebt u een WIGW- of OMNIOstatuut? JA / NEEN

6. Bent u gehuwd of samenwonend? JA / NEEN

7. Hebt u kinderen? JA / NEEN
   Zo ja, leeftijd, geslacht .....
   Zijn ze ooit ernstig ziek geweest? JA / NEEN
   Zo ja, welke aandoening? .....

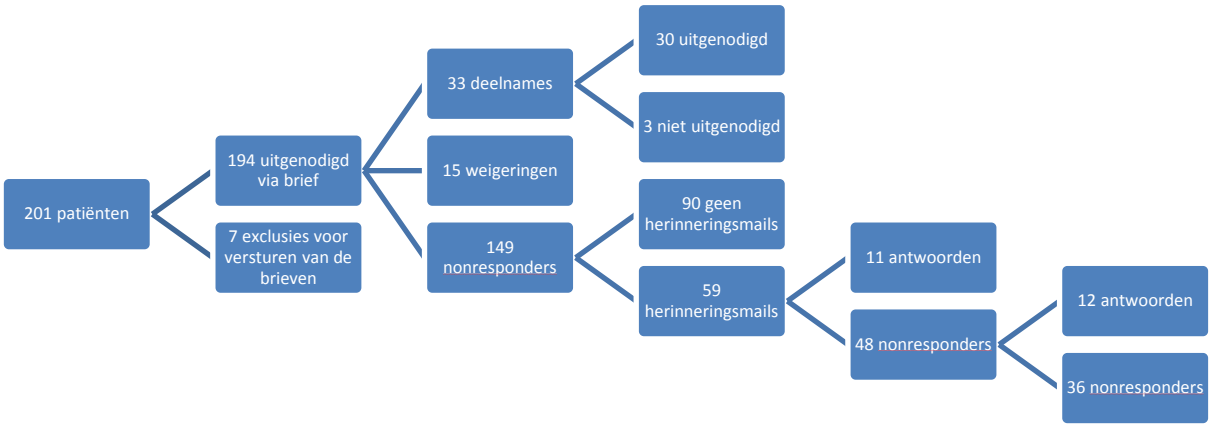
8. Wenst u een afspraak voor het bespreken van de resultaten? JA / NEEN

   Indien NEEN, kan u aanduiden welke redenen u hebt om niet te komen?

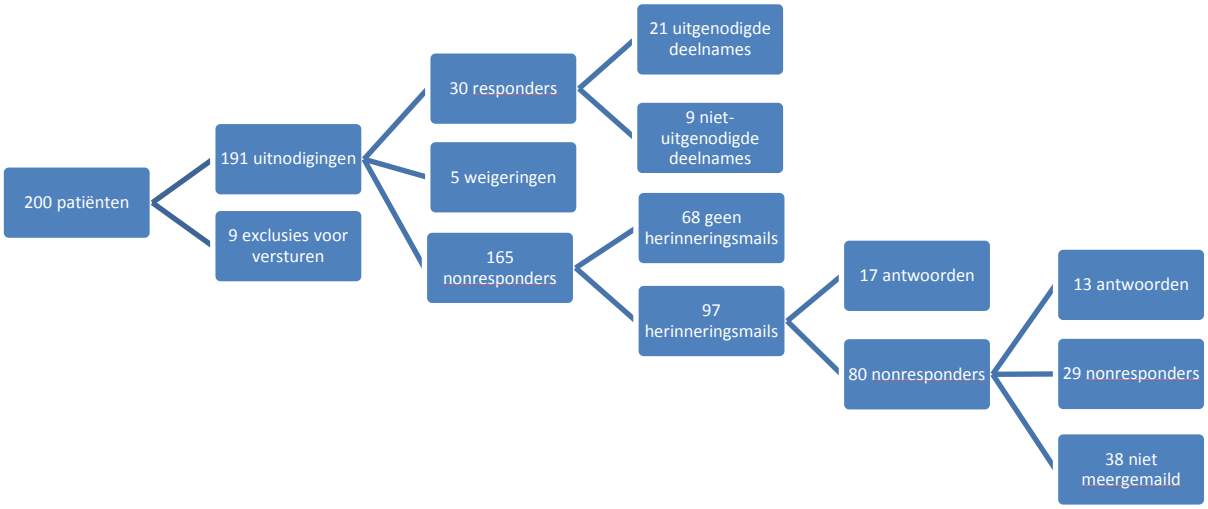
   - Ik zal wel naar de dokter komen als ik ziek ben JA / NEEN
   - Ik ga al genoeg naar de dokter JA / NEEN
   - Ik word al regelmatig gecontroleerd JA / NEEN
   - Ik heb geen tijd JA / NEEN
   - Ik heb schrik dat er iets ontdekt zal worden JA / NEEN
     (ik wil geen negatieve dingen te weten komen)
   - Ik heb schrik om pijn te hebben JA / NEEN
   - Het gaat me geld kosten JA / NEEN
   - Ik geloof niet in preventie JA / NEEN
   - Andere reden om niet deel te nemen JA / NEEN

   Welke zijn dit?
   .....
   .....
   .....
   .....

   Indien U nog andere opmerkingen of vragen heeft, mag u deze hieronder nog noteren
   .....
   .....



Figuur 1: selectie praktijk Kaggevinne



Figuur 2: selectie praktijk Massenhoven

ik kom wel naar de dokter als ik ziek ben	ik ga al genoeg naar de dokter	ik word regelmatig gecontroleerd	ik heb geen tijd	ik heb schrik dat er iets ontdekt zal worden	ik heb schrik om pijn te hebben	het gaat me geld kosten	ik geloof niet in preventie	uit het oog verloren	ik doe niet mee aan enquêtes	brief niet aangekregen	andere
											andere huisarts
											opname psychiatrie
											andere huisarts
											overleden voor studie
											andere huisarts
											andere huisarts
x							x				
		x									
									x		
	x	x									
								x			
			x								
											andere huisarts
									x		
											overleden voor studie
1	1	2	1	0	0	0	1	1	2	0	

Tabel 4: redenen weigeringen Kaggevinne

ik kom wel als ik ziek ben	ik ga al genoeg naar de dokter	ik word regelmatig gecontroleerd	ik heb geen tijd	ik heb schrik dat er iets zal ontdekt worden	ik heb schrik om pijn te hebben	het gaat me geld kosten	ik geloof niet in preventie	uit het oog verloren	ik doe niet mee aan enquêtes	brief niet gekregen
			x							
x		x								
							x			
x		x								
		x								
2	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0

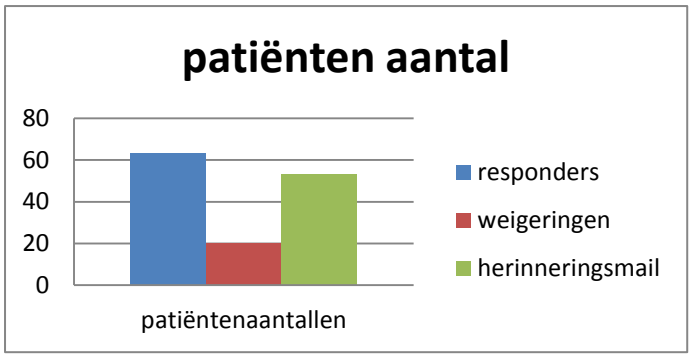
Tabel 6: redenen weigering Massenhoven

ik kom wel naar de dokter als ik ziek ben	ik ga al genoeg naar de dokter	ik word regelmatig gecontroleerd	ik heb geen tijd	ik heb schrik dat er iets ontdekt zal worden	ik heb schrik om pijn te hebben	het gaat me geld kosten	ik geloof niet in preventie	uit het oog verloren	ik doe niet mee aan enquêtes	brief niet aangekregen
								x		
x		x			x	x				
		x					x			
x		x								
	x	x								
x	x	x	x							
										x
								x		
x	x	x								
										x
x	x	x						x		
										x
		x	x							
										x
x		x								
			x							
		x						x		
x			x				x			
x	x	x					x			
x	x	x								
										x
								x		
		x								
9	6	13	4	0	1	1	3	5	0	5

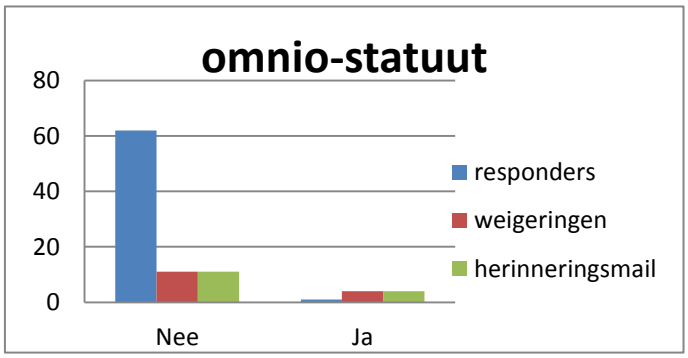
Tabel 8: redenen niet-deelname Kaggevinne

ik kom wel naar de dokter als ik ziek ben	ik ga al genoeg naar de dokter	ik word regelmatig gecontroleerd	ik heb geen tijd	ik heb schrik dat er iets ontdekt zal worden	ik heb schrik om pijn te hebben	het gaat me geld kosten	ik geloof niet in preventie	uit het oog verloren	ik doe niet mee aan enquêtes	brief niet aangekregen
			x		x					
								x		
								x		
								x		
x		x								
		x						x		
			x							
x							x		x	
x	x	x	x			x				
		x								
x	x	x								
								x		
x	x	x								
x	x	x					x			
										x
		x	x							
								x		
x	x	x								
		x								
x	x	x								
		x								x
			x							
x						x				
		x	x				x			
		x					x			
x										
	x	x								
x										
x		x	x							
			x							
12	7	16	8	0	1	2	4	6	1	2

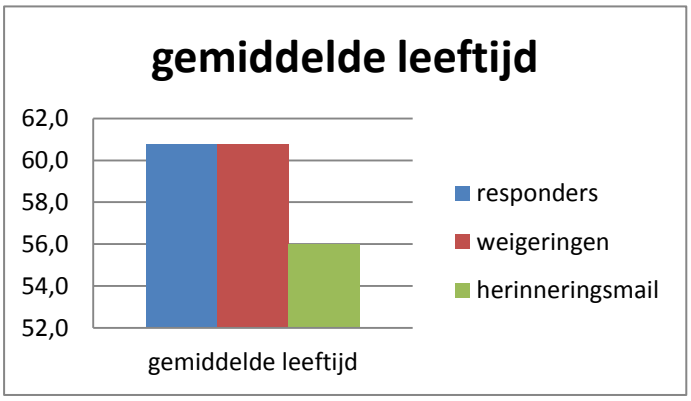
Tabel 10: redenen niet-deelname Massenhoven



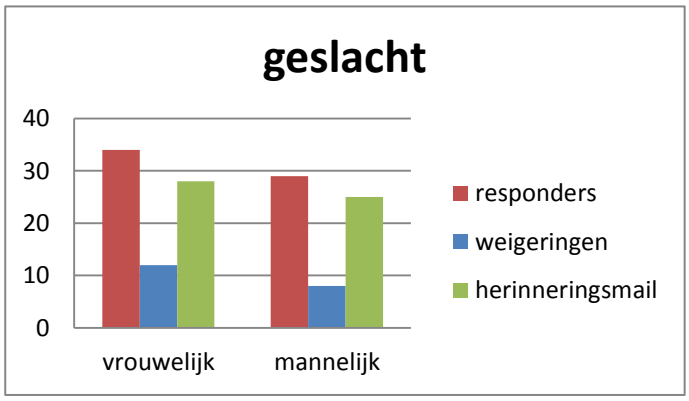
Figuur 3: totale aantallen patiënten Massenhoven en Kaggevinne



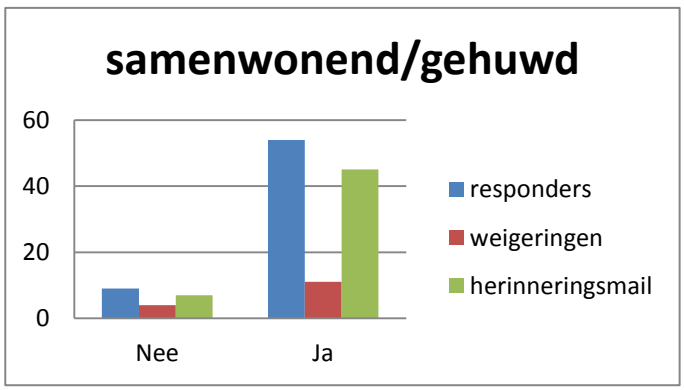
Figuur 4: verzekeringsstatuten Massenhoven en Kaggevinne



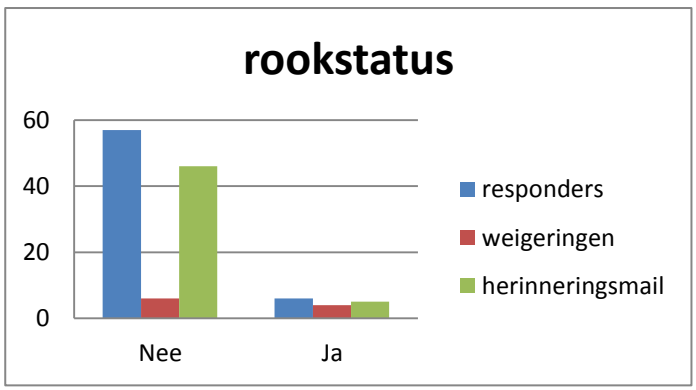
Figuur 5: gemiddelde leeftijd Massenhoven en Kaggevinne



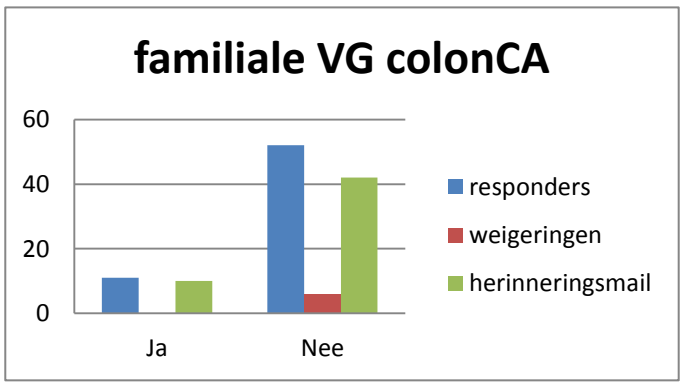
Figuur 6: verhouding geslacht voor Massenhoven en Kaggevinne



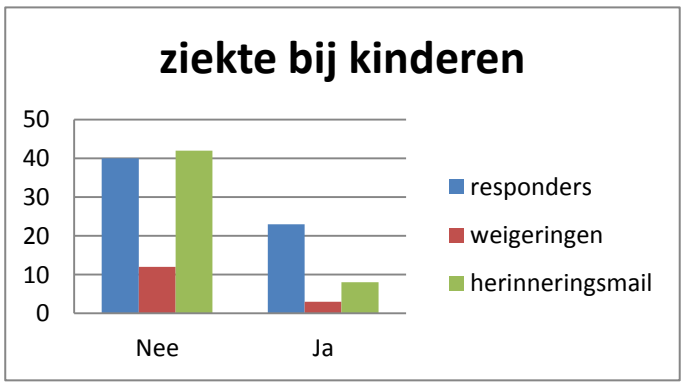
Figuur 7: burgerlijke staat voor Massenhoven en Kaggevinne



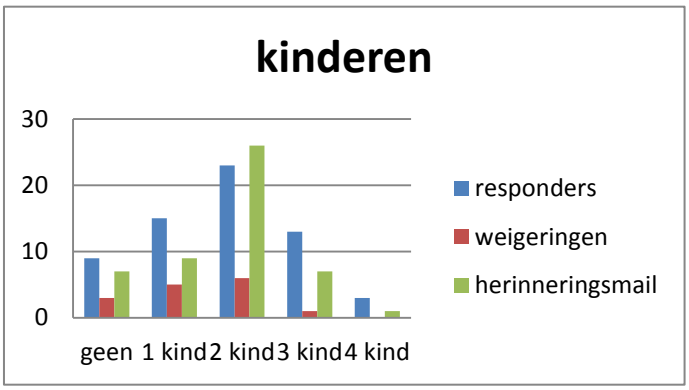
Figuur 8: rookstatus Massenhoven en Kaggevinne



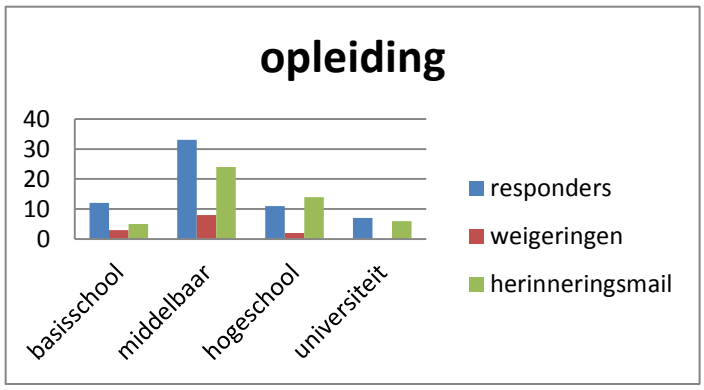
Figuur 9: familiale VG Massenhoven en Kaggevinne



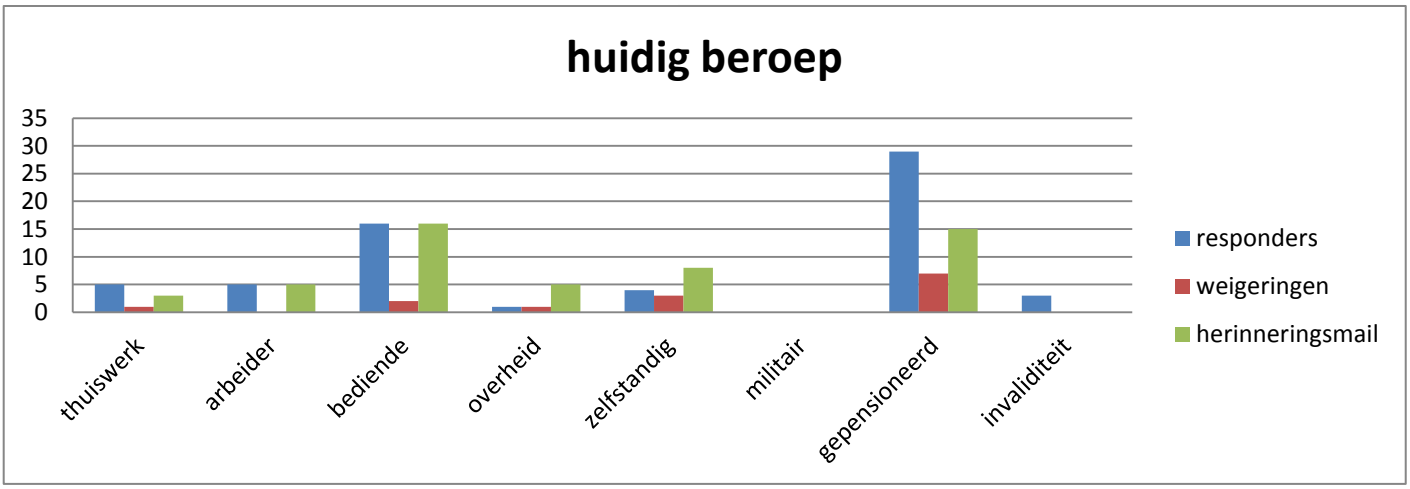
Figuur 10: ziekte bij kinderen Massenhoven en Kaggevinne



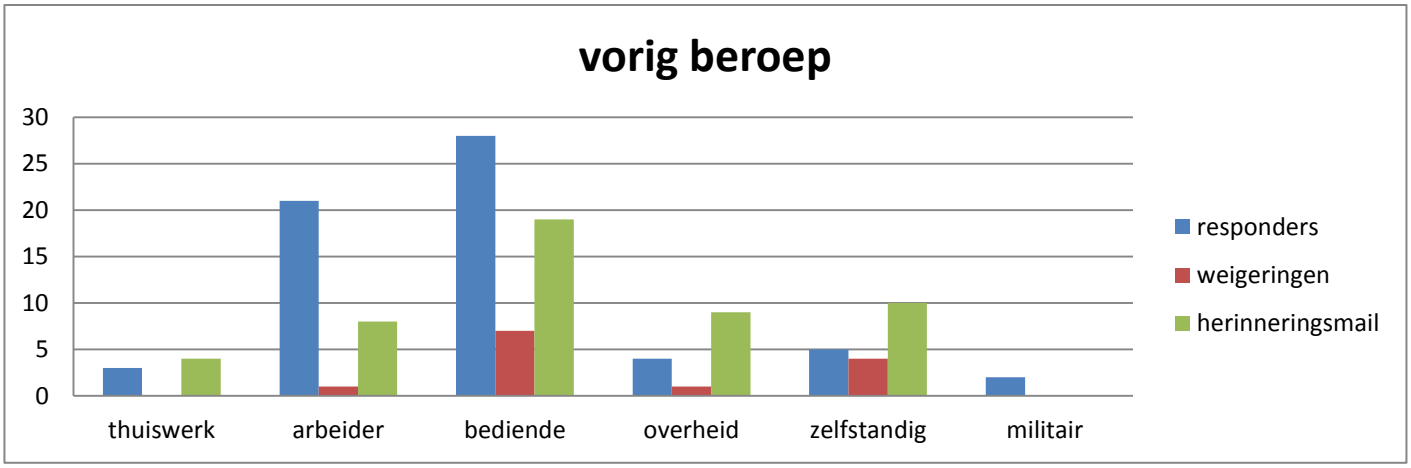
Figuur 11: aantal kinderen Massenhoven en Kaggevinne



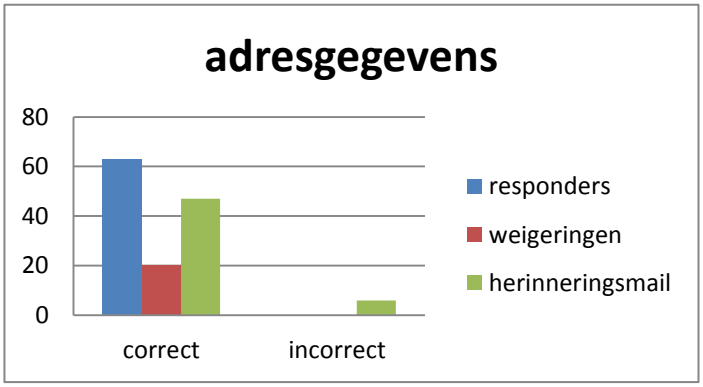
Figuur 12: opleiding Massenhoven en Kaggevinne



Figuur 13: beroep Massenhoven en Kaggevinne



Figuur 14: Vorig beroep Massenhoven en Kaggevinne



Figuur 15: adresgegevens Massenhoven en Kaggevinne

x