Universiteit
Leiden
The Netherlands

CHECK'D?! : determinants of participation in a two-stage cardiometabolic screening among underserved groups

Groenenberg, I.

Citation

Groenenberg, I. (2017, May 11). *CHECK'D?! : determinants of participation in a two-stage cardiometabolic screening among underserved groups*. Retrieved from https://hdl.handle.net/1887/48563

Version:	Not Applicable (or Unknown)
License:	Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden
Downloaded from:	https://hdl.handle.net/1887/48563

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page

Universiteit Leiden

The handle http://hdl.handle.net/1887/48563 holds various files of this Leiden University dissertation

Author: Groenenberg, Iris
Title: CHECK'D?! : determinants of participation in a two-stage cardiometabolic screening among underserved groups
Issue Date: 2017-05-11

Nederlandse samenvatting

NEDERLANDSE SAMENVATTING

INLEIDING

Autochtonen en niet-Westerse immigranten in Nederland ervaren een hoge ziektelast door cardiometabole aandoeningen. Deelname van deze groepen aan preventieve screening is bij uitstek van belang. Het is daarom zorgelijk dat met name deze groepen ondervertegenwoordigd zijn bij screeningsinitiatieven. Dit kan gezondheidsverschillen in de maatschappij vergroten. Om de deelname aan tweetraps cardiometabole screening van deze kwetsbare groepen te vergroten is het essentieel om inzicht te verkrijgen in de determinanten die daarbij een rol spelen. Het doel van dit proefschrift was inzicht vergaren in de psychosociale determinanten van deelname, evenals daadwerkelijke respons en deelname, aan beide stappen van het PreventieConsult module cardiometabool risico, onder kwetsbare groepen.

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

We presenteren een kwalitatieve studie naar determinanten van (hypothetische) deelname aan het Preventieconsult in **hoofdstuk 2**. Het doel van deze studie was om te onderzoeken welke determinanten een rol speelden bij kwetsbare groepen om deel te nemen aan de eerste stap (de HRA) en welke om deel te nemen aan de tweede stap (het PC). Om inzicht te krijgen in deze determinanten, hebben we 21 focusgroepen gehouden met niet-Westerse immigranten, volwassen kinderen van niet-Westerse komaf, autochtonen met een lage SES en zorgverleners die veel met deze groepen werken. Uit de analyses bleek dat de determinanten van HRA niet-deelname met name van cognitieve aard waren, waaronder (onjuiste) risicopercepties, onachtzaamheid met betrekking tot de eigen gezondheid, lage gezondheidsvaardigheden of analfabetisme en taalbarrières. Bevorderende factoren voor HRA deelname zouden zijn: een face-to-face uitnodiging van een betrouwbare bron en een wijkgerichte aanpak om de bewustwording te vergroten. Determinanten van PC niet-deelname waren deels van cognitieve aard, maar hadden ook een meer emotioneel karakter, waaronder risico-ontkenning, angst voor de uitslag, de mogelijke gevolgen (leefstijlaanpassingen en

medicijngebruik) en ziektegerelateerd stigma. Al met al geven de resultaten van deze studie aan dat de keuze voor een uitnodigingsstrategie belangrijk lijkt bij het vormgeven van een tweetraps health check, evenals het trainen van zorgverleners in technieken om op een effectieve manier om te gaan met (onjuiste) risicopercepties en ambivalenties van patiënten. Bovendien zou de focus moeten liggen op het bevorderen van het maken van geïnformeerde beslissingen door het aanbieden van accurate informatie.

De resultaten van de kwalitatieve studie, evenals een omvangrijke literatuurstudie, hebben geleid tot de vormgeving van de semi-kwantitatieve interventie. Het doel van deze interventie was om te onderzoeken wat de daadwerkelijke respons en deelname was van kwetsbare groepen aan het Preventieconsult, evenals de daadwerkelijke determinanten die hierbij een rol speelden. In **hoofdstuk 3** beschrijven we de respons en deelname aan zowel de HRA als het PC. Hiervoor gebruikten we een gesluisde ('trechter') uitnodigingsstrategie, bestaande uit drie opeenvolgende en in toenemende mate duurdere en intensievere stappen: (1) een schriftelijke uitnodiging voor alle patiënten die in aanmerking kwamen; (2) een telefonische benadering voor schriftelijke non-responders; (3) een face-to-face benadering door de huisarts voor uiteindelijke non-responders. Alle stappen waren cultureel aangepast. We vonden een totale respons van 70% (n=1152), van wie 62% (n=712) de HRA invulde. Dit werd met name bereikt door de schriftelijke en telefonische uitnodigingen, niet de face-to-face benadering. We zagen dat deelnemers van huisartspraktijken in de meest achtergestelde wijken de laagste respons en HRA deelname hadden. Van de HRA deelnemers had 29% (n=207) een hoog-risico score, van wie 59% (n=123) naar het PC ging. PC deelname was het laagst onder autochtonen met een lage SES. Naar aanleiding van deze resultaten concludeerden wij dat kwetsbare groepen bereikt kunnen worden middels een relatief goedkope, cultureel aangepaste, schriftelijke uitnodiging en follow-up telefonische benadering. Daarnaast was de toegevoegde waarde van de duurdere face-to-face benadering verwaarloosbaar. PC deelname was acceptabel, maar om deze verder te verhogen zouden inspanningen met name gericht moeten worden op huisartspraktijken in de meest achtergestelde wijken.

Hoofdstuk 4 en 5 gaan over de determinanten van kwetsbare groepen met betrekking tot (daadwerkelijke) deelname aan respectievelijk de HRA en het PC. In **hoofdstuk 4** beschrijven we een cross-sectionele vragenlijststudie welke als doel had te exploreren hoe het besluitvormingsproces van kwetsbare groepen aangaande HRA deelname in zijn werk ging. De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen: een zelf-geformuleerde eerste reactie, een gestructureerde set van vooraf gedefinieerde determinanten en de belangrijkste barrière(s) en bevorderende factor(en) van HRA deelname. Meer dan driekwart van de deelnemers aan de

vragenlijst (n=892) vulde ook de HRA in (n=696). De HRA niet-deelnemers waren vaker Marokkaans en patiënten van huisartspraktijken met een voornamelijk niet-Westerse patiëntpopulatie. Determinanten die de kans vergrootten de HRA in te vullen waren een lagere SES score, het willen weten van het risico, het niet herinneren een uitnodiging te hebben ontvangen (dus een telefonische benadering nodig hebben), angst voor de uitslag en/of het moeten aanpassen van de leefstijl, het ervaren van controle over de eigen gezondheid, de wens deel te nemen en geen barrières ervaren. Van deze studie concluderen wij dat onze 'moeilijke bereikbare' groep niet onwelwillend tegenover HRA deelname staat. Om deelname te vergroten zou een meeromvattende aanpak wellicht geschikter zijn, zoals we ook al zagen in de kwalitatieve studie. Een aanpak die sleutelfiguren in een gemeenschap betrekt zodat zij individuen kunnen informeren en hen helpen de HRA in te vullen. In aanvulling op het advies uit hoofdstuk 3 om met name aandacht te schenken aan huisartspraktijken in de meest achtergestelde wijken, constateerden we dat inspanningen moeten worden gericht op de minder ingeburgerde immigranten met een externe locus of control.

In **hoofdstuk 5** gaan we in op een kwantitatieve en kwalitatieve beschrijving van determinanten van PC deelname. Het doel van deze studie was om de determinanten van PC deelnemers te vergelijken met die van niet-deelnemers. Hiervoor gebruikten we vragenlijst- en interviewdata. We zagen dat 71% (n=148) van de deelnemers met een hoog-risico HRA score naar het PC ging en dat autochtonen met een lage SES het minst vaak gingen. We hebben 91 hoog-risico patiënten geïnterviewd, van wie meer dan driekwart (n=66) naar het praktijkconsult was gegaan. We vergeleken de HRA risicoparameters en de HRA totaalscore van PC deelnemers met die van niet-deelnemers, maar vonden daarbij geen significante verschillen. Als men gevraagd werd naar determinanten die een rol speelden ten tijde van de HRA, gaven latere PC deelnemers significant vaker aan dat ze vertrouwen hadden in de noodzakelijke begeleiding mochten ze een verhoogd risico hebben. Daarnaast ervaarden zij vaker gezondheidsklachten. Als men gevraagd werd naar determinanten ten tijde van het interview volgend op hun PC bezoek, gaven de PC deelnemers ook vaker aan gezondheidsklachten te ervaren. Daarnaast hadden ze vaker anderen die het belangrijk vonden dat ze naar het PC gingen en ervaarden ze vaker een gevoel van verplichting om naar het PC te gaan. Ook vonden veel deelnemers het onduidelijk wiens verantwoordelijkheid het was om een afspraak te maken voor het PC. Wij concludeerden dat er in de risicocommunicatie moet worden ingegaan op risicopercepties aangaande (het gebrek aan) ervaren gezondheidsklachten en dat het ook gericht moet zijn op de nabije sociale omgeving van het individu. Daarnaast stelden we voor om, indien haalbaar, de verantwoordelijkheid voor het maken van de afspraak

voor het PC, verschoven dient te worden naar de zorgverlener. Tot slot zou het interessant zijn om de rol die gevoelens van verplichting spelen verder te bestuderen in deze context.
Met onze laatste studie, welke beschreven staat in **hoofdstuk 6**, hadden wij als doel om inzicht te verkrijgen in de opbrengst van het PC bij kwetsbare groepen. We hebben een cross-sectionele dossierstudie uitgevoerd onder hoog-risico HRA deelnemers die naar het PC zijn gegaan. Bij hen hebben we onderzocht welke risicofactoren geregistreerd waren en welke vervolgacties ondernomen waren. Allereerst ontdekten we dat de dossiers erg incompleet waren. Met de beschikbare consultdata konden we slechts voor 3% (n=4) van de deelnemers de Preventieconsult risicoscore berekenen, van wie allen inderdaad een risicoscore boven het afkappunt hadden. We konden voor 44% (n=66) van de deelnemers de CVRM score berekenen, van wie 39% (n=26) inderdaad in het 'gele' of 'rode' vakje van de risicotabel viel. Eén op de vijf deelnemers (n=29) kreeg medicatie voorgeschreven. Van de rokers kreeg 69% (n=44) een stoppen-met-roken advies en 36% (n=53) van de deelnemers kreeg een ander leefstijladvies. In lijn met de conclusies die we trokken uit eerdere onderzoeken, concludeerden we dat het mogelijk is om bij 'moeilijk bereikbare groepen' een PC deelname te behalen die vergelijkbaar is, of zelfs hoger is dan, onder de algemene populatie. Daarbij merkten we op dat de huisarts niet alleen data zou moeten registreren die staan beschreven in de klassieke cardiovasculaire en diabetes richtlijnen, maar ook risicofactoren die geassocieerd zijn met cardiometabole aandoeningen (zoals familiaire belasting) en de leefstijladviezen die zij geven. Tot slot benadrukten we de belangrijke rol van de huisarts, met name voor deze groepen, welke nog belangrijker is geworden nu het Preventieconsult is vervangen door de Persoonlijke Gezondheidscheck die breder dan de eerstelijn wordt geïmplementeerd.

CONCLUSIE

Het is algemeen bekend dat kwetsbare groepen een verhoogd risico hebben op cardiometabole aandoeningen en dat zij minder vaak deelnemen aan screeningsinitiatieven. Deze ongelijke deelname aan health checks leidt tot suboptimale gezondheidswinst welke bereikt kan worden met cardiometabole screening en draagt bij aan de vergroting van gezondheidsverschillen in de samenleving. De kosteneffectiviteit van het PreventieConsult wordt momenteel onderzocht, maar met de bestaande kennis lijkt het raadzaam om de focus primair op de kwetsbare groepen te leggen, aangezien zij het meest te winnen hebben bij systematische

screening. De resultaten die we in dit proefschrift beschrijven bieden aanknopingspunten om deelname te optimaliseren en kunnen gebruikt worden bij het vormgeven van toekomstige studies over dit onderwerp. In de algemene discussie pleiten we er ook voor dat de Overheid de trend van eigen verantwoordelijkheid nemen deels los zou moeten laten en meer zou moeten investeren in preventieve maatregelen op populatieniveau, omdat dit de kwetsbare groepen de beste kansen biedt op een gezond leven en een gezonde leefstijl.