

DE IMPLEMENTATIE VAN DE PERSOONLIJKE GEZONDHEIDSCHECK IN VIER BRABANTSE GEMEENTEN

Handreiking voor gemeenten



De implementatie van de Persoonlijke Gezondheidscheck in vier Brabantse gemeenten

Handreiking voor gemeenten

T. de Vuijst MSc, GGD Hart voor Brabant

Dr. L.G.M. Raaijmakers, GGD West-Brabant

R.M.C.M. van Steijn – Martens MSc, GGD West-Brabant

M. Rombouts MSc, GGD West-Brabant

Prof. dr. L.A.M. van de Goor, Tranzo Tilburg University



Inhoudsopgave

1.	Introductie	4
1.1	Aanleiding.....	4
1.2	Wat is de Persoonlijke Gezondheidscheck?.....	4
1.3	De pilotstudie.....	5
1.4	Leeswijzer.....	5
2.	Onderzoek naar de acceptatie van de PGC	6
2.1	Onderzoeksmethode.....	6
2.1.1	<i>Werving van deelnemers en eerstelijnszorgprofessionals</i>	6
2.1.2	<i>Respons op de PGC en vervolgvragenlijsten</i>	6
2.1.3	<i>Onderwerpen in PGC en vervolgvragenlijsten</i>	7
2.1.4	<i>Analyses</i>	7
2.2	Samenvatting resultaten acceptatieonderzoek.....	7
2.2.1	<i>Resultaten van PGC-vragenlijst</i>	7
2.2.2	<i>Acceptatie van de PGC (leefstijladviezen) door de deelnemers</i>	8
2.2.3	<i>Acceptatie van de PGC door eerstelijnszorgprofessionals</i>	8
2.2.4	<i>Redenen voor non-respons</i>	8
3.	De implementatie van de PGC	9
3.1	Hoe wordt de PGC geïmplementeerd in een gemeente.....	9
3.1.1	<i>Procesevaluatie na implementatie PGC in de vier pilotgemeenten</i>	9
3.2	Inzet van de PGC voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid.....	10
3.2.1	<i>De PGC als aanvulling op de GGD-Gezondheidsmonitor</i>	10
4.	Conclusie en aanbevelingen voor implementatie	11
4.1	Conclusie.....	11
4.2	Aanbevelingen voor implementatie van de PGC.....	11
4.2.1	<i>De wijze van uitnodigen</i>	11
4.2.2	<i>Responsverhogende maatregelen</i>	12
4.2.3	<i>Geef artsen inzicht in PGC-data van hun patiënten</i>	13
4.2.4	<i>Houd de prijs voor deelname aan PGC zo laag mogelijk</i>	13
4.2.5	<i>Zorg voor adequate opvolging voor deelnemers PGC</i>	13
4.2.6	<i>Meer vragen, antwoordmogelijkheden en uitleg in de PGC</i>	14
	Bijlage: Uitgebreide weergave van de resultaten	15
	Resultaten van alle PGC-deelnemers.....	15
	<i>Achtergrondkenmerken deelnemers</i>	15
	<i>Prevalentie van gezondheidsproblemen en leefstijlgedragingen</i>	15
	<i>In het verleden poging ondernomen om leefstijl te verbeteren</i>	18
	<i>Huidige intentie tot gedragsverandering</i>	18
	<i>Hoe zou men gedragsverandering willen bereiken?</i>	18
	<i>Waarom wil men het gedrag niet veranderen?</i>	18
	PGC-acceptatie door deelnemers: resultaten van de vervolgvragenlijsten.....	19
	<i>Prestatieverwachting</i>	19
	<i>Ervaring rondom de deelname aan de PGC</i>	19
	<i>Sociale invloed</i>	20
	<i>Facilitaire voorwaarden</i>	20
	<i>Hedonistische motivatie</i>	20
	<i>Betalingsbereidheid</i>	20
	<i>Intentie tot gedragsverandering</i>	21
	Interviews met eerstelijnszorgprofessionals, deelnemers en non-responders.....	24
	<i>In welke mate accepteren professionals de PGC?</i>	24
	<i>In welke mate accepteren deelnemers de PGC?</i>	25
	<i>Beweegredenen om niet deel te nemen aan de PGC</i>	26
	Referenties	28

1. Introductie

1.1 Aanleiding

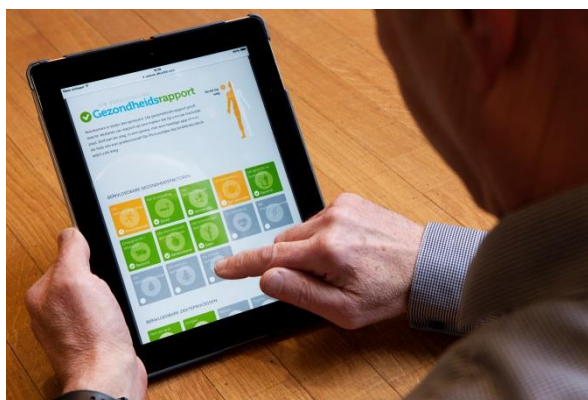
Vergrijzing en een toenemende last van chronische ziekten, worden op dit moment beschouwd als grote maatschappelijke en economische uitdagingen in de publieke gezondheid¹. Kennis van methodes waarop de publieke gezondheid effectief bevorderd kan worden, wordt daarom steeds belangrijker. Wanneer er goede instrumenten zijn om de gezondheid te monitoren, kunnen gezondheidsrisico's in een vroeg stadium worden opgespoord. Daarnaast is de ontwikkeling van interventies om het zelfmanagement van de burger te bevorderen van groot belang. Wanneer dergelijke interventies grootschalig worden geïmplementeerd, zullen burgers minder gebruik hoeven maken van de gezondheidszorg^{2,3}.

Professionals in de eerstelijnszorg, die over het algemeen werken binnen een medisch referentiekader, worden aangemoedigd om zich meer te richten op preventie en gezondheidsbevordering. Steeds vaker erkennen eerstelijnszorgprofessionals de voordelen van deze verandering. Helaas hebben zij vaak geen passende instrumenten om de aandacht te verleggen naar preventie. Een dergelijke verschuiving in de eerstelijnszorg kan een verschil maken in het bewustzijn van burgers, de keuzes die zij maken en uiteindelijk hun leefstijl⁴.

Met dit doel in gedachten lijkt de toepassing van e-health bij gezondheidsbevordering veelbelovend. Echter, vanwege een snel toenemend aantal e-health toepassingen, eisen eerstelijnszorgprofessionals een kritische evaluatie van de effectiviteit van deze instrumenten. In deze pilotstudie is daarom de acceptatie van de Persoonlijke Gezondheidscheck (PGC) door cliënten en professionals in de eerstelijnszorg onderzocht. Tevens is er gekeken naar de bruikbaarheid van de data, gegenereerd door de PGC, voor de ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid.

1.2 Wat is de Persoonlijke Gezondheidscheck?

De PGC, ontwikkeld door het Netherlands Institute for Prevention and E-health Development (NIPED), is een wetenschappelijk onderbouwd e-health kennissysteem voor persoonlijk gezondheidsmanagement⁵. De check bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk de online vragenlijst, aanvullende (thuis)test en het gezondheidsrapport met advies op maat. De PGC beoogt deelnemers meer inzicht in hun gezondheid en leefstijl te geven, bewust te maken en aan te zetten tot actie.



Voor dit pilot project is gekozen om eerst met behulp van de online vragenlijst de gezondheid en risicofactoren op het gebied van leefstijl in kaart te brengen. Vervolgens werd er advies op maat gegeven over zowel risico op hart- en vaatziekten en COPD als over leefstijl (waaronder bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning/stress). Indien er in de resultaten van de vragenlijst een verhoogd gezondheidsrisico werd geconstateerd, kreeg de deelnemer het advies om aanvullend onderzoek (bloedwaarden en bloeddruk) te verrichten. Normaal gesproken kan dit met een thuistest. Maar omdat niet iedereen een bloeddrukmeter tot zijn beschikking heeft, is er voor dit project gekozen om met checkpoints te werken. Bij deze checkpoints waren professionals en/of vrijwilligers aanwezig die de bloeddruk en hartslag meten en met een vingerprik bloed afnemen. Na het invullen van de vragenlijst en de eventuele extra metingen, ontvingen de deelnemers een persoonlijk gezondheidsrapport met praktische adviezen op maat ter verbetering van hun leefstijl en gezondheid.

1.3 De pilotstudie

De pilotstudie is uitgevoerd in gemeenten Goirle, Oisterwijk, Oosterhout en Uden. De PGC is binnen deze gemeenten online uitgezet onder een select deel van de inwoners. De vier gemeenten hebben de PGC geïmplementeerd op een manier die het beste paste bij de lokale omstandigheden. De onderzoekers hebben hier geen invloed op uit kunnen oefenen.

De looptijd van deze pilotstudie was van september 2016 tot februari 2018. Het onderzoek heeft een observationeel design.

In het onderzoek stonden drie onderzoeksvragen centraal:

1. Welke factoren dragen bij aan de mate van acceptatie van de PGC door deelnemers en eerstelijnszorgprofessionals?
2. Welke factoren dragen bij aan de mate van acceptatie van de PGC leefstijladviezen door deelnemers?
3. In hoeverre is de PGC-data bruikbaar voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de methode van de pilotstudie en een beknopte samenvatting van de onderzoeksresultaten weergegeven. In hoofdstuk 3 wordt beschreven hoe de implementatie van de PGC binnen gemeenten in zijn werk gaat. Tevens wordt er ingegaan op de inzet van de PGC voor de ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 4 begint met de conclusie van het onderzoek en gaat vervolgens in op de aanbevelingen voor een succesvolle implementatie van de PGC in gemeenten. In de bijlage wordt er uitgebreid ingegaan op de onderzoeksresultaten.

2. Onderzoek naar de acceptatie van de PGC

2.1 Onderzoeksmethode

In deze pilotstudie stonden drie onderzoeksvragen centraal. Hieronder wordt beschreven met welke onderzoeksmethoden deze vragen zijn beantwoord.

Welke factoren dragen bij aan de mate van acceptatie van de PGC door deelnemers en eerstelijnszorgprofessionals?

Inzicht in de factoren die bijdragen aan de mate van acceptatie van de PGC door deelnemers en eerstelijnszorgprofessionals, is verkregen door middel van focusgroep interviews en vragenlijsten. In totaal zijn per doelgroep vier focusgroep interviews afgenomen; in elke gemeente één bij deelnemers en één bij professionals. De focusgroep interviews werden afgenomen onder een totaal van 25 deelnemers en 12 eerstelijnszorgprofessionals. Ook is er voor deze onderzoeksvraag informatie verzameld met online vervolgvragenlijsten die 5 dagen en 3 en 6 maanden na deelname aan de PGC werden afgenomen onder de deelnemers. Daarnaast zijn telefonische en face-to-face interviews en open vragenlijsten via e-mail afgenomen onder 58 non-responders. Hiermee zijn de beweegredenen van genodigden die niet hebben deelgenomen in kaart gebracht.

Welke factoren dragen bij aan de mate van acceptatie van de PGC leefstijladviezen door deelnemers?

Deze onderzoeksvraag is ook beantwoord door middel van focusgroep interviews en vervolgvragenlijsten afgenomen onder deelnemers van de PGC. Tevens zijn er telefonische en face-to-face interviews en vragenlijsten afgenomen onder de non-responders.

In hoeverre is de PGC-data bruikbaar voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid?

Om dit te bepalen is er gekeken naar de omvang van de reactie op de uitnodiging voor deelname aan de PGC (respons) en de mate van acceptatie van dit instrument door deelnemers. In hoofdstuk drie wordt hier verder op in gegaan.

2.1.1 Werving van deelnemers en eerstelijnszorgprofessionals

Voor de werving van PGC deelnemers voor de focusgroepen en van non-responders voor de interviews, zijn in de gemeenten verschillende strategieën gehanteerd: een advertentie in de lokale krant, een oproep op de website, wervingsformulieren bij huisartsen en de checkpoints, werving door sociale wijkteams, door GGD medewerkers en via buurtcomités en wijkraden. De eerstelijnszorgprofessionals zijn geworven via rechtstreekse benadering van de praktijken waarin zij werkzaam zijn of via de zorggroep waar de praktijk deel van uitmaakt.

Voor deze pilotstudie zijn in totaal 21.735 personen uitgenodigd voor deelname aan de PGC. Deze personen zijn allen geworven in wijken die de vier gemeenten specifiek hebben geselecteerd. De wervingsstrategieën en het aantal uitgenodigde personen verschilden per gemeente. In gemeente Goirle zijn 4.138 bewoners per brief uitgenodigd door hun huisartsenpraktijk. Gemeente Oisterwijk heeft 2.300 bewoners van één wijk per brief uitgenodigd en de uitnodiging was ondertekend door GGD Hart van Brabant (HvB). In gemeente Oosterhout zijn 10.000 bewoners van één wijk per brief uitgenodigd door de gemeente. Gemeente Uden heeft 5.297 bewoners eveneens uit één wijk binnen de gemeente per brief uitgenodigd. In Uden is de herinneringsbrief gezamenlijk door de gemeente, huisartsen en GGD HvB ondertekend. De genodigden in Oisterwijk waren 18 jaar en ouder en genodigden uit de overige gemeenten waren 25 jaar en ouder.

2.1.2 Respons op de PGC en vervolgvragenlijsten

De totale respons op de uitnodiging om gebruik te maken van de PGC was 12% (2732 deelnemers). Er waren echter grote verschillen tussen de vier gemeenten. Met 22% was de respons in Goirle het hoogst en dat resulteerde in 898 deelnemers. In Oisterwijk was de respons 12% met 276 deelnemers. Met 10% was de respons het laagst in Uden en in Oosterhout met 537 en 954 deelnemers respectievelijk. De totale respons was ook wisselend per vervolgvragenlijst. Respons op de 5 dagen-, 3 en 6 maandenvragenlijst was respectievelijk 26% (684 deelnemers), 14% (367 deelnemers) en 17% (441 deelnemers). Het is belangrijk om bij de interpretatie van de

resultaten rekening te houden met het feit dat de deelnemers aan de drie vervolgvragenlijsten, niet per se dezelfde personen zijn. Om de 3 en 6 maandenvragenlijst in te vullen was het dus niet noodzakelijk om de voorgaande vragenlijsten ingevuld te hebben. Deelname was anoniem, waardoor de vragenlijsten niet aan een persoon te koppelen zijn.

2.1.3 Onderwerpen in PGC en vervolgvragenlijsten

Zoals eerder vermeld, worden er in de PGC vragen gesteld om het cardiometabole risico evenals het risico op COPD en de leefstijl van de deelnemers in kaart te brengen. In de vervolgvragenlijsten werden vragen gesteld om de mate van acceptatie van de PGC door deelnemers te onderzoeken. Hiervoor zijn indicatoren uit de Unified Theory of the Acceptance and Use of Technology (UTAUT)⁶ gebruikt. Dit model wordt breed toegepast om de acceptatie, implementatie en (intentie tot) het gebruik van nieuwe technologieën te verklaren en te voorspellen en wordt door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving als een betrouwbaar instrument beschouwd⁴. Er is bijvoorbeeld gevraagd naar de verwachting die deelnemers hebben van de PGC en de mate waarin zij het instrument gebruiksvriendelijk achten. Ook is er gevraagd naar de mening van de sociale omgeving van de deelnemer omtrent het gebruik van de PGC en in hoeverre zij de kennis, middelen en ondersteuning hebben die benodigd zijn voor deelname aan de PGC. Er werd gevraagd naar de invloed van de PGC op de motivatie van de deelnemers om hun gezondheid te verbeteren en of zij bereid zijn om voor het instrument te betalen. Tot slot werd er gevraagd naar de intentie die deelnemers hebben om hun leefstijl te veranderen.

2.1.4 Analyses

Kwantitatieve analyse

De PGC-data, evenals de data die verzameld is met de drie vervolgvragenlijsten, zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 21. In SPSS zijn er voor dit onderzoek beschrijvende analyses uitgevoerd. De resultaten van deze analyses worden weergegeven in de bijlage.

Kwalitatieve analyse

Alle focusgroepen met deelnemers en professionals zijn met diens toestemming opgenomen met een audiorecorder. Met behulp van de geluidsbestanden zijn er verslagen van elk interview gemaakt. Van de telefonische en persoonlijke interviews met non-responders zijn korte verslagen maar geen geluidsopnames gemaakt. Deze zijn aangevuld met de informatie uit de open vragenlijsten die per email zijn verzonden. De antwoorden op de hoofdvragen in alle verslagen zijn gebundeld en samengevat. Deze samenvattingen worden weergegeven in de bijlage.

2.2 Samenvatting resultaten acceptatieonderzoek

2.2.1 Resultaten van PGC-vragenlijst

Meer dan de helft van de PGC deelnemers is vrouw en de gemiddelde leeftijd is 54 jaar. Ten opzichte van de middel- en de hoog opgeleide groep zijn de laag opgeleide deelnemers in mindere mate vertegenwoordigd. Iets meer dan de helft van de deelnemers heeft een ongezond gewicht en 15% geeft aan te roken. Drie kwart voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Bijna een derde drinkt meer dan 7 glazen alcohol per week en voldoet daarmee niet aan de norm voor verantwoord alcoholgebruik. De groente- en fruitnorm worden respectievelijk door 18% en 35% gehaald. Ook ontbijten de meeste deelnemers dagelijks en ruim de helft eet één keer per week vis.

In de PGC-vragenlijst wordt ook het risico op cardiometabole aandoeningen bepaald. Cardiometabole aandoeningen bestaan uit diabetes type 2, chronische nierziekten en hart- en vaatziekten. Er zijn meerdere factoren die bepalen of iemand een verhoogd risico heeft op deze aandoeningen. Risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen zijn leeftijd, roken, overgewicht/obesitas, buikomvang, bloeddrukmedicatiegebruik en erfelijkheid^{7,8,9,10}. Op basis van deze risicofactoren heeft negen op de tien deelnemers een verhoogd risico op één of meerdere cardiometabole aandoeningen en tweederde (waarvan de bloeddrukwaarden zijn opgenomen (N = 668)) een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

2.2.2 Acceptatie van de PGC (leefstijladviezen) door de deelnemers

De deelnemers hadden vijf dagen na het invullen van de PGC-vragenlijst over het algemeen een positieve verwachting van de bijdrage die het instrument kan leveren aan hun gezondheid. Uit de interviews komt naar voren dat deelnemers dachten dat het bewustzijn zou creëren en ze hoopten op een bevestiging van hun naar eigen zeggen gezonde gedrag. Deelnemers zijn positief over het initiatief van de gemeenten om de PGC onder de burgers te implementeren en ervaren het instrument als gebruiksvriendelijk. Toch sluiten de antwoordmogelijkheden en de resultaten van de PGC bij deelnemers niet altijd aan bij hun persoonlijke situatie. In sommige gevallen hebben deelnemers het gevoel dat zij niet altijd het gewenste antwoord kunnen geven waardoor het gezondheidsrapport en bijbehorende adviezen niet volledig aansluiten bij de persoonlijke situatie. De meeste deelnemers geven aan te beschikken over de kennis, middelen en ondersteuning die noodzakelijk zijn om gebruik te maken van de PGC. Een meerderheid van de deelnemers geeft aan dat zij vanuit hun omgeving niet gestimuleerd worden om de PGC te gebruiken en er is in hun omgeving slechts beperkt over de PGC gesproken. De meerderheid van deelnemers is niet bereid om te betalen voor de PGC omdat zij vinden dat de zorgverzekeraar dit zou moeten vergoeden of omdat zij de toegevoegde waarde van de PGC niet inzien. Dat daargelaten zegt de helft na deelname aan de PGC, meer motivatie te hebben om de gezondheid te verbeteren en de helft van de deelnemers met een suboptimale leefstijl onderneemt na zes maanden nog steeds actie om de gezondheid te verbeteren. De meeste deelnemers die na zes maanden nog actie ondernemen om hun gezondheid te verbeteren, doen dit zelfstandig.

2.2.3 Acceptatie van de PGC door eerstelijnszorgprofessionals

Uit de interviews blijkt dat eerstelijnszorgprofessionals in de pilotgemeenten overwegend positief zijn over de insteek van de PGC en zij zien de meerwaarde in van het instrument voor de volksgezondheid. Men is van mening dat e-health toepassingen goed aansluiten bij de huidige tijd en drempelverlagend kunnen werken. Echter, de deelnemende professionals denken dat het instrument (nog) niet voor iedereen geschikt is. Volgens deze professionals heeft niet iedereen de voorzieningen, kennis en de vaardigheden die benodigd zijn voor het gebruik van de PGC. Daarnaast vinden professionals de PGC-vragenlijst erg uitgebreid. Daarom doen zij de suggestie om een 'light versie' te ontwikkelen, waarmee mogelijk ook lager opgeleide deelnemers eerder bereid zijn deel te nemen. Professionals hadden de verwachting dat de PGC tot een grote toeloop van patiënten naar de huisartsenpraktijken zou leiden. Zij hadden veel patiënten met vragen of zorgen en daarmee een tijdelijke toename in werkdruk verwacht. Dit is echter uitgebleven. Men heeft in alle gemeenten slechts een handje vol patiënten op het spreekuur gehad n.a.v. deelname aan de PGC. Professionals vragen zich dan ook af of de PGC wel de mensen bereikt waar de meeste gezondheidswinst is te behalen aangezien het erop lijkt dat de meeste deelnemers in deze pilot al in beeld waren bij de huisarts. Verder hadden huisartsen graag de mogelijkheid gehad om de PGC-data van hun patiënten in te zien. Ook patiënten hadden deze verwachting. Zo wilden huisartsen meer te weten komen over de patiënten die zij nooit op het spreekuur zien. Daarnaast beschouwden zij het als een mooie aanvulling op de beperkte tijd die er tijdens een consult is voor preventie. Professionals adviseren om de kosten van de PGC voor de deelnemers zo laag mogelijk te houden. Hoge kosten zouden volgen hen leiden tot een zeer selecte groep deelnemers.

2.2.4 Redenen voor non-respons

De voornaamste reden die non-responders noemden om niet deel te nemen aan de PGC, is dat zij al onder controle van de huisarts en/of specialist in het ziekenhuis staan. Daarnaast waren er relatief veel non-responders die al jaarlijks een gezondheidscheck lieten uitvoeren bij de huisarts of via de werkgever. Tevens gaven non-responders aan dat zij om privacy-gerelateerde redenen niet wilden deelnemen aan de PGC. Zij willen vertrouwelijke gezondheidsinformatie alléén delen met de huisarts.

3. De implementatie van de PGC

3.1 Hoe wordt de PGC geïmplementeerd in een gemeente

De opzet van een PGC-pilot gaat altijd in samenwerking met het NIPED. Het NIPED levert een projectplan aan en vervolgens benoemt de gemeente iemand tot lokale projectcoördinator. Voordat de pilot succesvol opgezet kan worden, is het belangrijk om een keuze te maken voor het gebied van de pilot. Wordt er gekozen voor een wijk, buurt, dorp of de patiënten van een huisartsenpraktijk? In de pilot van dit onderzoek hebben de gemeenten zelf hun gebied en de wijze van uitnodigen gekozen. De gemeenten namen hierin het voortouw. Wanneer een gemeente heeft bepaald onder welke doelgroep zij de PGC wil uitzetten, is het van belang om lokaal een samenwerking te creëren met de eerstelijnszorg. In de vier Brabantse gemeenten zijn er projectgroepen in wisselende samenstellingen opgezet die bestonden uit bijvoorbeeld functionarissen van de gemeente, GGD, welzijnswerk, sport- en beweegorganisaties, zorggroepen en/of de huisarts. Zo was het lokale zorg-, sport- en welzijnsaanbod op de hoogte van de rol die zij konden spelen in de opvolging van de PGC deelnemers. Vervolgens is een communicatiecampagne opgestart om deelnemers te werven voor de PGC. Een uitgebreide beschrijving van de manier waarop de PGC kan worden geïmplementeerd in een gemeente, is te lezen via <https://www.persoonlijkegezondheidscheck.nl/gemeentes/>.

3.1.1 Procesevaluatie na implementatie PGC in de vier pilotgemeenten

Na de implementatie hebben de vier gemeenten zelfstandig het proces geëvalueerd met de betrokken projectgroepen. Hieruit komt naar voren dat er goed moet worden nagedacht over de manier waarop er aan de public relations (PR) wordt gewerkt. Soms is brede PR niet mogelijk omdat de PGC enkel wordt ingezet in een wijk. Desondanks is het wenselijk gebleken dat er meerdere communicatiekanalen worden ingezet. Social media kan daarbij ondersteunen. Communicatie specifiek gericht op burgers in de leeftijd van 25-50 jaar wordt als een aandachtspunt genoemd, gezien de gemiddelde leeftijd relatief hoog lag (54 jaar) in deze pilot. Tevens is persoonlijk contact met (potentiële) deelnemers erg belangrijk. In verband met de lage respons moet er goed worden gekeken naar manieren waarop mensen kunnen worden overtuigd om deel te nemen aan de PGC. Ten slotte dient er aandacht te zijn voor het bereiken van laagopgeleiden, omdat deze groep het kleinste was in deze pilot.

Veel mensen hebben privacy gerelateerde bezwaren om deel te nemen aan de PGC. Dit komt omdat er in de PGC gevraagd wordt om vertrouwelijke gezondheidsinformatie te delen. Veel mensen willen dergelijke informatie niet delen met andere partijen dan de huisarts. De uitnodigingen voor deelname aan de PGC die wel werden verstuurd door de huisarts, lijken dan ook een hogere respons op te leveren. Er bestaat onder sommige non-responders ook wantrouwen jegens de gemeente. Zo zijn er zijn gevallen bekend waar er, vanwege deze reden, in Facebookgroepen werd opgeroepen om niet deel te nemen aan de PGC. Tevens was er binnen een gemeente een straat waar opvallend veel bewoners niet deelnamen aan de PGC. Non-responders dachten hier dat de gemeente wilde bewijzen dat de bodemverontreiniging in hun straat geen effect uitoefende op hun gezondheid.

Naar aanleiding van het gezondheidsrapport konden deelnemers (indien er sprake was van een risicofactor) aanvullend bloedonderzoek laten doen bij het checkpoint in hun gemeente. Bij de checkpoints hadden deelnemers de mogelijkheid om vragen naar aanleiding van de PGC te stellen aan professionals of vrijwilligers. Dit is een laagdrempelig moment voor persoonlijk contact, welke in de pilot volgens de professionals onvoldoende is benut. De manier waarop deelnemers afspraken kunnen maken voor testen bij de checkpoints, moet goed worden georganiseerd. Sommige deelnemers vonden dit namelijk onduidelijk en het kan daardoor zijn dat zij geen aanvullende testen hebben laten uitvoeren. De inzet van het Rode Kruis bij een checkpoint in één van de gemeenten is positief ervaren.

Uit de evaluatie blijkt ook dat het zeer belangrijk is om na te denken over het tijdstip waarop de PGC wordt geïmplementeerd. Wanneer dit bijvoorbeeld tijdens een vakantieperiode wordt gedaan kan dit nadelig werken. Tevens is er aangegeven dat er voorafgaand aan de implementatie een

duidelijke rolverdeling moet worden gemaakt binnen de projectgroepen. Wanneer alle projectgroepleden weten hoeveel tijd zij moeten investeren, schept dit de juiste verwachtingen. De implementatie van de PGC is altijd een traject waarin gezamenlijk wordt opgetrokken door de GGD, gemeente, huisarts en eventueel andere partijen. Deelnemende partijen dienen hier voldoende capaciteit voor te reserveren. Zo kunnen deelnemers aan de PGC zo goed mogelijk worden begeleid zowel tijdens als na de implementatie.

3.2 Inzet van de PGC als instrument voor het lokale gezondheidsbeleid

Volgens de prijsopgave in het document 'Van nazorg naar voorzorg'¹¹ kost de implementatie van de PGC met 10.000 deelnemers ongeveer €200.000,-. Dit is echter een algemene richtlijn. De totale kosten kunnen afwijken per specifieke situatie en zijn afhankelijk van bijvoorbeeld de wijze waarop de marketing en communicatie rondom het project wordt uitgevoerd. De gemeente waar de implementatie plaatsvindt, is hier leidend in.

Het is nog niet helemaal duidelijk of de kosten opwegen tegen de baten. In deze pilotstudie was er sprake van een lage respons (12%) in vergelijking met de respons op de Gezondheidsmonitoren van de GGD. In 2016 was de respons op de Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen in het werkgebied van GGD Hart voor Brabant (HvB) respectievelijk 33%¹² en 50%¹³, en in het werkgebied van de GGD West-Brabant (WB) 28%¹⁴ en 48%¹⁵. Na deelname aan de PGC heeft de helft van de deelnemers meer motivatie om met de gezondheid aan de slag te gaan. Daarnaast geeft ongeveer de helft van de deelnemers met een ongezonde leefstijl na zes maanden aan nog actie te ondernemen om hun gezondheid te verbeteren. Onduidelijk is echter of deze deelnemers ook daadwerkelijk met hun gezondheid bezig zijn en of dit op een effectieve manier gedaan wordt. Voor mensen die hebben deelgenomen en het advies kregen goed bezig te zijn, kan het rapport het huidige gedrag bevestigen, zoals ook uit de interviews met deelnemers blijkt. Deelname kan continuering van het gezonde gedrag op de lange termijn versterken.

Per inwoner betalen gemeenten een vaste bijdrage aan de GGD. Uit deze bijdrage voert de GGD de taken uit die vastgelegd staan in de Wet publieke gezondheid en de taken waartoe het algemeen bestuur van een GGD heeft besloten. Daarnaast is er ruimte waarin gemeenten en GGD kunnen overleggen over doelgroepen en gezondheidsfactoren waar men de nadruk op wil leggen. Dit samen wordt het basispakket genoemd. GGD'en HvB en WB gaan op basis van deze pilot de PGC niet aanbieden in het basispakket, maar gemeenten kunnen ervoor kiezen als plustaak. Dit houdt in dat de GGD de implementatie van de PGC kan uitvoeren voor een extra bijdrage van de gemeente. Als een gemeente in het werkgebied van GGD HvB en WB kiest voor inzet van de PGC, kan de GGD de projectleiding uitvoeren. Gemeenten kunnen kiezen of de projectleiding vanuit het basispakket of uit plusgeld wordt gefinancierd.

3.2.1 De PGC als aanvulling op de GGD-Gezondheidsmonitor

De steekproef is niet representatief voor de wijken en huisartsenpopulaties waar de PGC is geïmplementeerd. Dit is bijvoorbeeld te zien aan het lage percentage laagopgeleiden en de hoge gemiddelde leeftijd onder de PGC deelnemers. Daarom kunnen er aan de hand van de resultaten geen uitspraken worden gedaan over de totale wijken en huisartsenpopulaties in de deelnemende gemeenten. De gemiddelde respons op de uitnodiging om deel te nemen aan de PGC was 12%. Om statistisch te corrigeren voor afwijkingen in achtergrondkenmerken ten opzichte van de populatie waaruit de steekproef is getrokken, is een hogere respons noodzakelijk. De PGC-data is hierdoor in huidige vorm geen geschikte aanvulling op de Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen, waarvan de respons een stuk hoger ligt. Door de hogere respons van deze monitors is het mogelijk om door statistische correcties een goed beeld te krijgen van de totale populatie van een gemeente. Bovendien kunnen er sinds 2016 ook uitspraken op wijk- en kernniveau gedaan worden.

4. Conclusie en aanbevelingen voor implementatie

4.1 Conclusie

De resultaten laten zien dat deelnemers en professionals de PGC accepteren als e-health instrument en beide doelgroepen zijn overwegend positief over het gebruik van de PGC. De PGC lijkt een grote groep deelnemers aan te zetten tot actie om de gezondheid te verbeteren. Het is echter onbekend hoe zij dit aanpakken en of het gewenste effect wordt bereikt. Wanneer de resultaten op het gebied van gedragsverandering hetzelfde zouden zijn met een hogere respons, maakt dit de PGC een veelbelovend e-health instrument dat goed aansluit bij de behoeften van de huidige maatschappij. Een daadkrachtige aanpak om deelnemers na deelname aan de PGC te ondersteunen bij het verbeteren van hun gezondheid en leefstijl is echter van belang om duurzame gedragsverandering te bereiken (een voorbeeld van een dergelijke aanpak wordt gegeven in paragraaf 4.2.5). Om een deelnemer aan te zetten tot gedragsverandering, is het belangrijk dat deze zich kan herkennen in het ongewenste gedrag en de manier waarop dit veranderd kan worden. Dit is nu regelmatig niet het geval. Er is vanuit de deelnemers behoefte aan een betere aansluiting bij de persoonlijke situatie als het gaat om de vragenlijst, het gezondheidsrapport en het advies.

Vrijwel alle deelnemers beschikken over de kennis, middelen en ondersteuning die nodig zijn om gebruik te maken van de PGC. Dit ligt echter voor de hand gezien het feit dat deze facilitaire voorzieningen noodzakelijk zijn om de online PGC te kunnen gebruiken. Desondanks is het níét voldoen aan de facilitaire voorwaarden, niet genoemd als reden voor non-respons. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat het non-respons onderzoek slechts onder een beperkt aantal mensen is uitgevoerd (58 non-responders) en dat deze deelnemers deels via online kanalen geworven zijn. De rol van de sociale omgeving, zoals vrienden, familie en de eerstelijnszorg, bij het gebruik van de PGC lijkt beperkt. Een meerderheid van de deelnemers geeft aan dat zij vanuit hun omgeving niet gestimuleerd werden om de PGC te gebruiken en er is tijdens de pilot slechts beperkt over de PGC gesproken in hun omgeving. Voor toekomstige PGC-implementaties, is het belangrijk om meer rekening te houden met de sociale omgeving bij het bedenken van een marketing- en communicatiestrategie. Zo wordt er in de fitnessindustrie veel gebruik gemaakt van 'member-get-member' marketing. Hierbij worden bestaande leden beloond wanneer zij nieuwe leden werven.

De respons op de uitnodiging om deel te nemen aan de PGC is in vergelijking met de respons op de Gezondheidsmonitoren vrij laag. Wanneer de (achtergrond)kenmerken van de deelnemers in deze pilot worden vergeleken met die van de landelijke populatie, kan er worden gesteld dat laagopgeleiden, jongeren en mensen met een ongezonde leefstijl bij de deelnemers aan de PGC in deze pilot ondervertegenwoordigd zijn. Het lijkt er daarom op dat de wijze waarop de PGC is geïmplementeerd in de pilot gemeenten, onvoldoende toereikend was om deze groepen te bereiken. Dit is ook de indruk die professionals hebben gekregen, zo blijkt uit de interviews. Daarnaast is het waarschijnlijk dat laagopgeleiden en deelnemers met een ongezonde leefstijl andere prioriteiten hebben dan gezondheid, zoals bijvoorbeeld hun financiële situatie. De ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen en de lage respons maken de resultaten van de PGC-vragenlijst niet representatief voor de wijken en huisartsenpopulaties waar de deelnemers geworven zijn. Daarom kan de PGC-data op basis van deze pilot, geen geschikte input leveren voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid en is de data in huidige vorm geen geschikte aanvulling op de Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen van GGD'en HvB en WB.

4.2 Aanbevelingen voor implementatie van de PGC

4.2.1 De wijze van uitnodigen

Het is belangrijk om goed na te denken over de wijze waarop potentiële deelnemers worden uitgenodigd. Veel non-responders geven aan dat zij al onder controle staan van een arts. Daarom is het cruciaal om in de uitnodiging aan te geven dat de PGC ook veel nut kan hebben voor deze groep mensen. De PGC wordt namelijk ingezet voor primaire en secundaire preventie, terwijl artsen zich voornamelijk focussen op de behandeling van ziekten en voorkomen van verergering.

Hoewel er sprake is van overlap, zijn er ook grote verschillen. In de uitnodiging dienen deze verschillen benadrukt te worden. Dit zou kunnen worden aangevuld met verdere uitleg over de voordelen van PGC deelname in promotie- en marketinguitingen in de gemeente.

Non-responders hebben vaak privacy gerelateerde bezwaren en wantrouwen jegens de gemeente. Algemene communicatie over de manier waarop er met de PGC-data wordt omgegaan is daarom essentieel. Daarnaast verdient de verzender van de uitnodiging nadere overweging. In de gemeente waar de uitnodiging werd verstuurd door een huisartsenpraktijk, was de respons het hoogst. Indien men de keuze heeft tussen de gemeente of huisarts, lijkt op basis van deze pilot de huisarts als afzender de voorkeur te hebben. Er zouden echter nog andere (effectievere) kanalen kunnen zijn voor de werving van deelnemers. Het is belangrijk om hier nader onderzoek naar te doen.

4.2.2 Responsverhogende maatregelen

Het CBS heeft succesvolle responsverhogende maatregelen voor onderzoek onderzocht en gebundeld¹⁶. Meerdere maatregelen hiervan zouden de respons op de PGC kunnen verhogen. Onderstaand worden er enkele weergegeven die kunnen worden toegepast bij de implementatie van de PGC in gemeenten:

- Verhoog het aantal contactpogingen met de doelgroep.
- Sta contactpogingen toe op verschillende manieren (schriftelijke uitnodigingen, face-to-face/deur-tot-deur/telefonisch). Wanneer men bijvoorbeeld deur-tot-deur promotie maakt voor de PGC zijn 70-plussers gemakkelijker te bereiken dan andere leeftijdsgroepen. Dit kan echter het beste worden gedaan door een vertrouwde partij zoals de GGD omdat inwoners anders kunnen denken dat het om colportage gaat.
- Verleng de veldwerkperiode zodat meer mensen zich bewust worden van het bestaan van de PGC en de mogelijkheid om deel te nemen aan de PGC.
- Plan de contactpogingen op een moment waarop de kans op respons optimaal is. Zo zijn mensen aan het begin van het nieuwe jaar en na de zomervakantie wat meer met hun gewicht en gezondheid bezig.
- Stuur herinneringen.
- Hanteer een andere benaderingsstrategie voor groepen die ondervertegenwoordigd zijn in de respons op de PGC.
 - Dit kan bijvoorbeeld door hulp aan te bieden met het invullen van de vragenlijst en het interpreteren van de resultaten. Wanneer dit door een huisarts of praktijkondersteuner wordt gedaan, kan deze de deelnemer ook begeleiden naar een bijpassende gezondheidsinterventie.
 - De rol van de sociale omgeving bij het gebruik van de PGC lijkt beperkt. Uit onderzoek blijkt dat het sociaal (economische) milieu vaak de meest bepalende factor is als het gaat om de bereidheid tot gebruik van technologie voor gezondheidsdoeleinden⁴. Maak dan ook gebruik van de sociale omgeving van deelnemers door hen elkaar te laten werven en zet daar een beloning tegenover. Deze beloning kan bijvoorbeeld bestaan uit korting op een sportschoolabonnement.
- Voeg een visueel aantrekkelijke folder toe (met uitgebreide uitleg over de PGC) aan de schriftelijke uitnodiging. Hierbij is het verstandig om men te informeren over de manier waarop er met de PGC-data wordt omgegaan. Verwijs hier bijvoorbeeld naar de Algemene Verordening Gegevensbescherming.
- Zorg dat zoveel mogelijk mensen op de hoogte zijn van het bestaan van de PGC voordat ze worden uitgenodigd.
- Houd de vragenlijst zo begrijpelijk en gebruiksvriendelijk mogelijk. Zo kan deze gemakkelijker en sneller ingevuld worden.
- Pas de uitnodiging, promotiemateriaal en de PGC aan voor anderstaligen.

Een laatste responsverhogende maatregel is het geven van incentives (aan iedereen of aan specifieke groepen die relatief vaak weigeren om deel te nemen). Deze kunnen volgens het wederkerigheidsprincipe van Cialdini¹⁷, het beste worden gegeven vóór dat iemand deelneemt aan

de PGC. Op deze manier ontstaat er een sociale verplichting waardoor potentiële deelnemers eerder geneigd zijn om de incentive terug te betalen met het invullen van de PGC. De incentive dient echter wel betekenisvol, onverwacht en persoonlijk te zijn. Wanneer dit niet het geval is, kan het juist een ongewenst effect hebben. Bij het Seks onder je 25^e onderzoek hebben GGD'en Groningen, Friesland en Drenthe alle respondenten een waardebon van vijf euro gegeven. Of men nu wel of niet meedeed, iedereen kon deze waardebon verzilveren. Uiteindelijk waren er maar een handjevol mensen die de bon hadden verzilverd zonder te responderen. Hoewel er geen directe oorzaak-gevolgrelatie kan worden aangetoond, hebben deze GGD'en landelijk de hoogste respons bereikt.

4.2.3 Geef artsen inzicht in PGC-data van hun patiënten

Huisartsen hebben aangegeven dat zij graag inzicht willen in de gezondheid van patiënten die zelden op het spreekuur komen. Dit zou hen grote meerwaarde bieden en is wellicht een manier om het draagvlak voor de PGC te vergroten onder deze professionals. Patiënten dienen hier echter wel toestemming voor te geven. Huisartsen kregen regelmatig de vraag van patiënten of zij wel deel moesten nemen aan de PGC. Huisartsen kunnen op die manier dus invloed uitoefenen op de respons van deelnemers. Tevens zou dit een manier kunnen zijn om resultaten van de PGC en patiëntendossiers te verbinden (als de privacy wetgeving dit toelaat). Hierdoor kunnen huisartsen de beperkte tijd van een consult efficiënter besteden aan preventie. Ook kunnen zo uitnodigingen voor bloedonderzoek aan het adres van deelnemers die dit al structureel ondergaan, worden voorkomen.

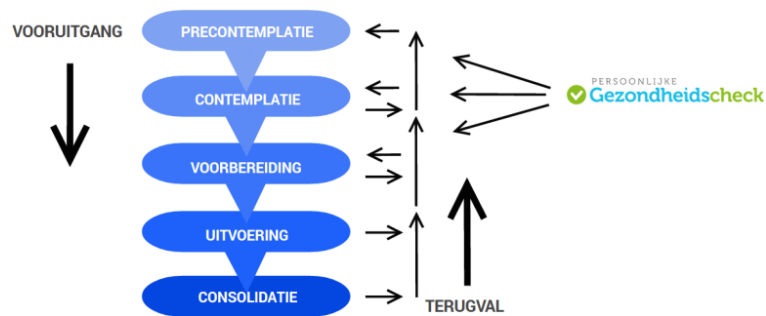
4.2.4 Houd de kosten voor deelname aan PGC zo laag mogelijk

Zowel de deelnemers als de eerstelijnszorgprofessionals zijn het over eens dat een eigen bijdrage voor deelname aan de PGC de respons niet ten goede zal komen. Aangezien er bij personen met een lage sociaaleconomische status de meeste gezondheidswinst valt te behalen, dient de bijdrage zo laag mogelijk gehouden te worden. Dit wordt nu al deels bereikt doordat meerdere zorgverzekeraars de PGC hebben opgenomen in hun basis- en/of aanvullende verzekeringen. Bovendien wordt vanaf 2019 leefstijlcoaching (de bewezen effectieve gecombineerde leefstijlinterventie 'Coaching op Leefstijl'¹⁸) vergoed vanuit de basisverzekering voor mensen met een medische indicatie¹. Door zowel de PGC, als een aansluitend vervolgaanbod aan te bieden vanuit de basisverzekering, wordt de financiële drempel om deel te nemen aan beiden, enorm verlaagd.

4.2.5 Zorg voor adequate opvolging voor deelnemers PGC

Hoewel het Transtheoretisch Model van Prochaska & DiClemente¹⁹ een versimpelde weergave van gedragsverandering is, kan het goed worden gebruikt om inzichtelijk te maken in welke fases van gedragsverandering de PGC het meeste resultaat oplevert (zie figuur 9). In de precontemplatiefase bestaat er nog geen intentie tot gedragsverandering omdat deelnemers zich nog niet bewust zijn van een probleem. De PGC maakt hen bewust van de eigen leefstijl en gezondheid waarbij potentiële gezondheidsproblemen, -risico's en onderliggende verbanden aan het licht worden gebracht. Hierdoor kunnen deelnemers in de contemplatiefase komen waarin zij zich bewust worden van hun gezondheidsproblemen/-risico's en de motivatie om met hun gezondheid aan de slag te gaan, toeneemt. Met het persoonlijke gezondheidsrapport van de PGC krijgen deelnemers handvatten waarmee zij hun gezondheid kunnen verbeteren. Dit opent de deur naar de voorbereidingsfase waarin deelnemers plannen maken om écht met hun gezondheid aan de slag te gaan. De stap naar het uitvoeren van deze plannen en dit gedrag consolideren of volhouden is echter een grote en lastige stap. Daarnaast is er altijd het risico dat een deelnemer terugvalt in het oude gedrag en er geen verbetering van gezondheid en leefstijl plaatsvindt. De meerderheid van de deelnemers geeft nu aan zelfstandig actie te hebben ondernomen om hun gezondheid te verbeteren. Met zelfstandig wordt bedoeld dat deelnemers individueel aan de slag zijn gegaan en niet in groepsverband of in een interventie deelnemen. Echter, het volhouden van een dergelijke

¹ CZ. (2017). *Coaching op Leefstijl-programma (Cool) bewezen effectief en in 2019 vergoed uit de basisverzekering*. Opgeroepen op december 14, 2017, van [www.cz.nl](https://www.cz.nl/over-cz/nieuws/2017/coaching-op-leefstijl-programma-bewezen-effectief): <https://www.cz.nl/over-cz/nieuws/2017/coaching-op-leefstijl-programma-bewezen-effectief>



Figuur 1 De fases van het Transtheoretisch Model¹⁹ waarin de PGC kan worden toegepast

gedragsverandering is erg moeilijk. Adequate begeleiding in de uitvoerings- en consolidatiefase helpt daarbij en is daarom wenselijk. Ook moet de stap van voorbereiding naar uitvoering, waarbij de deelnemer begeleiding krijgt om de gezondheid te verbeteren, zo efficiënt mogelijk verlopen. Goede aansluiting bij een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) zoals Coaching op Leefstijl¹⁸ is hierbij belangrijk. Vanaf 2019 wordt leefstijlcoaching voor mensen met een medische indicatie vergoed uit de basisverzekering. Dit kan een activerende rol spelen bij het begeleiden van deelnemers in de uitvoerings- en consolidatiefase. Wanneer binnen een PGC-account bijvoorbeeld de optie wordt geboden om een 'bel me terug verzoek' te verzenden naar een GLI-eigenaar, kan dit drempelverlagend werken om actie te ondernemen. De eerstvolgende stap ligt daarna namelijk niet bij de deelnemer, maar bij de interventie-eigenaar. Het is bij implementatie van de PGC binnen gemeenten verstandig om ervoor te kiezen om inwoners uitgebreider te informeren over het mogelijke lokale vervolgaanbod van de PGC en hen te verwijzen naar hun huidige behandelaars. Op deze manier zijn inwoners eerder geneigd deel te nemen omdat, indien nodig, de PGC de deelnemers zal verwijzen naar lokale organisaties die bekend zijn bij de deelnemers.

4.2.6 Meer vragen, antwoordmogelijkheden en uitleg in de PGC

Meerdere deelnemers geven aan zich niet altijd te herkennen in het beeld dat de PGC van hun gezondheid schetst. Zij wijten dit vaak aan een gebrekkige aansluiting van de vragen en antwoordmogelijkheden in de PGC-vragenlijst bij de persoonlijke situatie. Het advies dat vervolgens op basis van een gezondheidsrapport (waar iemand zich niet goed in herkent) wordt gegeven, sluit dan niet aan bij de wensen en behoeften van de deelnemer. Hierdoor wordt de kans op gezondheidswinst bij een dergelijke deelnemer gereduceerd. Om dit te voorkomen kan het nuttig zijn om de onderwerpen in de PGC-vragenlijst te heroverwegen. Er zou dan meer kunnen worden ingespeeld op ziektebeelden (iemand die bijvoorbeeld slecht ter been of invalide is) en leefstijlgewoonten die een aangepast gezondheids- en adviesrapport vereisen. Dit kan worden gedaan door zowel vragen als antwoordcategorieën toe te voegen. Het is aan te raden de doelgroep te betrekken bij dit proces. Tevens is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat niet iedereen voldoende kennis heeft van gezond gedrag. Dit is in deze pilotstudie óók een reden dat deelnemers zich niet altijd kunnen vinden in het gezondheidsrapport. Dit wordt goed geïllustreerd door de volgende opmerking uit de vervolgvragenlijst die vijf dagen na deelname aan de PGC is afgenomen: "Het [de PGC] zegt dat ik niet genoeg beweeg!!! Ik sport al twee keer per week!!!". Deze persoon is niet op de hoogte van het feit dat gezond beweeggedrag uit meer bestaat dan twee keer sporten. Er wordt daarnaast geschat dat bijna één derde van de Nederlanders moeite heeft met het begrijpen van gezondheidsinformatie²⁰. Het is daarom belangrijk om hier rekening mee te houden. Het NIPED werkt in het kader van de Health Deal 'Stimulering gezondheid door persoonlijke preventie via e-health' aan het vereenvoudigen van de PGC zodat deze in de toekomst toegankelijker wordt voor alle Nederlanders. Dit zou kunnen worden gedaan door de uitslagen in het gezondheidsrapport te vergezellen met meer dan alleen tekstuele informatie; bijvoorbeeld met persoonlijk contact via de telefoon of door middel van WhatsApp (uiteraard alleen met toestemming van de deelnemer). Ook zou een deelnemer extra informatie kunnen krijgen door middel van een filmpje. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de informatie in het adviesrapport op de juiste manier wordt geïnterpreteerd en in de juiste context kan worden geplaatst. Dit alles met als doel dat deelnemers de informatie beter begrijpen en accepteren, juist wanneer het een onverwachte, minder positieve uitslag betreft, zodat deelnemers toch gemotiveerd raken om aan de slag te gaan met hun gezondheid.

Bijlage: Uitgebreide weergave van de resultaten

Resultaten van alle PGC-deelnemers

Hieronder volgen de resultaten van de PGC vragenlijst die is ingevuld door 2732 deelnemers.

Achtergrondkenmerken deelnemers

De meerderheid van de deelnemers aan de PGC is vrouw (56%). De leeftijd varieert van 19 tot 89 jaar met een gemiddelde leeftijd van 54 jaar. Het aandeel middelbaar opgeleiden (MBO, HAVO, VWO) is met 39% het hoogst en de groep laagopgeleiden is met 23% het kleinste. De verdeling van geslacht, leeftijd en opleidingsniveau per gemeente is te zien in tabel 1.

Tabel 1. Verdeling van geslacht, leeftijd en opleidingsniveau per gemeente en totaal

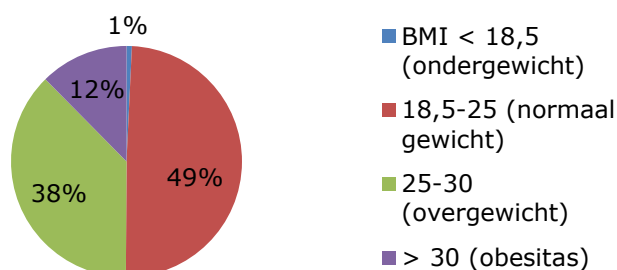
	Goirle	Oisterwijk	Oosterhout	Uden	Totaal	
Aantal deelnemers	898	276	954	537	2665	
Geslacht: vrouw (%)	56	55	55	60	56	
Gemiddelde leeftijd (jaren)	56	51	57	49	54	
Opleidingsniveau (%)	Laag	25	28	20	19	23
	Midden	39	38	38	42	39
	Hoog	36	34	41	39	38

De gemeenten zullen in de hiernavolgende resultaten niet meer met elkaar worden vergeleken, maar de resultaten zullen voor de totale groep worden weergegeven.

Prevalentie van gezondheidsproblemen en leefstijlgedragingen

Gewicht

In figuur 1 wordt de gewichtsverdeling van de deelnemers weergegeven. Van de deelnemers uit de gemeenten heeft 51% een ongezond gewicht. Hiervan heeft 38% overgewicht en 12% obesitas. Deze cijfers laten zien dat de deelnemers van de PGC een wat gezondere gewichtsverdeling hebben in vergelijking met de landelijke verdeling onder volwassenen van 18 jaar en ouder (49% overgewicht; 14% obesitas²¹).



Figuur 2. BMI deelnemers (totale n = 2665)

Mannelijke deelnemers hebben vaker overgewicht en obesitas (58%) dan vrouwelijke (44%). Ook komt overgewicht en obesitas vaker voor bij mensen van 51 jaar of ouder (55%) dan bij de jongere leeftijdsgroep van 19 tot 50 jaar (45%). Onder deelnemers met overgewicht en obesitas komt het vaak voor dat ze onvoldoende bewegen, roken en niet dagelijks ontbijten.

Roken

In tabel 2 wordt de gerapporteerde prevalentie van verschillende leefstijlfactoren weergegeven. Onder de deelnemers rookt 15%. Landelijk is dit lager met 24%²². De meeste rokers zitten in de leeftijdsgroep 19 tot en met 35 jaar. Verder rookt 1 op de 5 laag opgeleide deelnemers. Dit is hoger in vergelijking met de hoog opgeleiden, waarvan 1 op de 10 mensen rookt.

Tabel 2. Prevalentie van leefstijlfactoren onder deelnemers (totale N = 2669)

Leefstijlfactor		%
Roken	Rookt	15
	Rookt per dag 10 keer of vaker een sigaret, shag, sigaar, cigarillo, en/of pijp	7,5
Alcohol	Drinkt meer dan 7 glazen alcohol per week	30
Bewegen	Voldoet aan de norm bewegen (<i>minstens 150 min matig intensief bewegen per week OF 5 dagen per week 30 min per dag</i>)	74
Voeding	Voldoet aan de norm voor groenteconsumptie (<i>200 gram per dag</i>)	18
	Voldoet aan de fruit consumptie (<i>2 stuks per dag</i>)	35
	Voldoet aan de ontbijt norm (<i>7 dagen per week</i>)	82
	Eet minder dan 1 keer per week vis	38

Bewegen

Uit tabel 2 blijkt dat 74% van de deelnemers aan de beweegnorm voldoet. Deze cijfers zijn hoog vergeleken met landelijke cijfers. In 2016 voldeed 55% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)²³. Vrouwen voldoen iets vaker aan de beweegnorm (77%) dan mannen (71%). Ook landelijk voldoen mannen (57%) iets vaker aan de NNGB dan vrouwen (53%).

Bij de berekening van de beweegnorm in de PGC is geen rekening gehouden met de lagere norm die geldt voor de leeftijdsgroep 65+.

Beweegnorm:

Minstens 150 min matig intensief bewegen per week of 5 dagen per week 30 min per dag



Alcohol

Ten tijde van de PGC implementatie in de pilotgemeenten, waren de huidige Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad²⁴ nog niet vertaald naar de nieuwe Schijf van Vijf. Hierdoor zijn de voedingsnormen die ten tijde van de pilot zijn gehanteerd, nog gebaseerd op de richtlijnen van 2006. Dit is voornamelijk terug te zien in de gehanteerde alcohol- en groentenorm hieronder.

Van de deelnemers drinkt 30% méér dan 7 glazen alcohol per week en voldoet daarmee niet aan de norm die is gehanteerd in de PGC. De huidige norm voor alcohol ligt op maximaal 1 glas per dag²⁴, waar 40% van de Nederlanders aan voldoet²⁵. Mannelijke PGC-gebruikers drinken vaker meer dan 7 glazen per week (44%) dan vrouwen (17%).

Alcoholnorm in de PGC:

Maximaal 7 glazen alcohol per week







Voeding

Van de deelnemers voldoet 35% aan de fruitnorm en 18% voldoet aan de groentennorm. Landelijk ligt dit met respectievelijk 5-10% en 5%²⁶ een stuk lager. De meerderheid van de deelnemers (82%) ontbijt dagelijks en voldoet daarmee aan de norm.

De deelnemers eten relatief veel vis: 62% voldoet aan de norm die stelt dat men minimaal 1 keer per week vis dient te eten. Dit ligt een stuk hoger dan gemeten in de voedselconsumptiepeiling over 2012-2014 (35%)²⁷. Het percentage deelnemers dat minimaal 2 keer per week vis eet, is met 22% lager en is daarmee vergelijkbaar met landelijke cijfers (23%)²⁷.

Over het algemeen lijken de 51-plussers meer volgens de richtlijnen goede voeding te eten dan de jongere volwassenen groep. Vooral het dagelijks ontbijten en het eten van voldoende fruit en vis, kan beter in deze groep. Tevens voldoen vrouwelijke deelnemers vaker aan de ontbijt-, fruit- en groentennorm dan mannen.

			
Fruitnorm:	Groentennorm:	Ontbijtnorm:	Visnorm:
2 stuks fruit per dag.	200 gram groente per dag.	7 dagen per week ontbijten.	Eet één keer per week vis, bij voorkeur vette vis.

Gezondheidsrisico's

Mensen die op hoge leeftijd zijn, roken, overgewicht/obesitas hebben, een te hoge middelomtrek hebben, bloeddruk verlagende medicatie gebruiken, en/of familieleden hebben die lijden aan hart- en vaatziekten en/of diabetes type 2, hebben een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen^{7,8,9,10}. Deze aandoeningen bestaan uit diabetes type 2, chronische nierziekten en hart- en vaatziekten. Tabel 3 illustreert dat op basis van deze risicofactoren 89% van de deelnemers die hier alle vragen over hebben beantwoord (N = 2001), een verhoogd risico heeft op cardiometabole aandoeningen. Dit komt iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. In totaal heeft 64% van de deelnemers waarvan de bloeddrukwaarden zijn opgenomen (N = 668) een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn hier echter groot. Mannen hebben bijna twee keer zo vaak een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen dan vrouwen. Van de deelnemers is 28% behandeld voor een cardiometabole aandoening. Cardiometabole aandoeningen komen onder de deelnemers vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Tabel 3 Gezondheidsrisico's

Gezondheidsrisico's	Man %	Vrouw %	Totaal %	N
Heeft een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen	87	90	89	2001
Heeft een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen	84	43	64	668
Is behandeld voor een cardio-metabole aandoening (Angina Pectoris, hartinfarct, hartfalen, CVA, hypertensie, hypercholesterolemie, nieraandoening)	33	24	28	2669
Heeft diabetes mellitus (gehad)	6	3	4	2669
Ervaart stress	34	50	43	2669
Verminderde bevoegenheid	9	9	9	2669

Van de deelnemers heeft 4% diabetes (gehad). Dit komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Onder de deelnemers heeft 43% last van een verhoogd stressniveau en vrouwen ervaren dit vaker dan mannen. Ten slotte heeft 9% van de deelnemers last van verminderde bevoegenheid

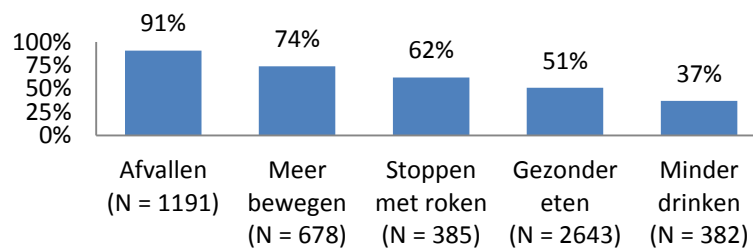
(als maat voor welbevinden), waarbij geen verschillen te zien zijn tussen mannen en vrouwen. Kenmerkend voor een bevlogen persoon is dat deze over veel energie beschikt, zich fit voelt en lang en onvermoeibaar kan doorwerken²⁸.

In het verleden poging ondernomen om leefstijl te verbeteren

Deelnemers zijn gevraagd in hoeverre ze pogingen hebben ondernomen om de leefstijl te verbeteren. Van de 385 deelnemers die roken hebben de meesten (74%) in het verleden een poging gedaan om hiermee te stoppen. Van alle deelnemers met overgewicht/obesitas (N = 1191) heeft 47% een dieet gevolgd. Hierbij rapporteert 4% van de deelnemers blijvend succes te hebben geboekt.

Intentie tot gedragsverandering op moment van deelname

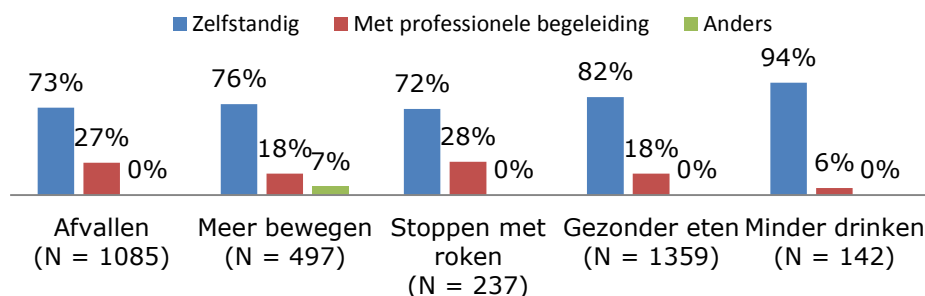
In figuur 2 is per thema te zien hoeveel procent van de deelnemers die niet aan de gezondheidsnormen voldoen, tijdens het invullen van de PGC de intentie heeft om zijn of haar gedrag te veranderen. Opvallend is dat een grote meerderheid van de deelnemers met overgewicht/obesitas de intentie heeft om af te vallen. Onder de personen die te weinig bewegen, heeft driekwart de intentie om meer te bewegen. Ruim de helft van de rokers wil stoppen met roken. Daarnaast wil ruim de helft van de deelnemers die niet aan één of meerdere voedingsnormen voldoen, gezonder gaan eten. Ruim één derde van de deelnemers die meer dan 7 glazen alcohol per week drinken, heeft de intentie om dit te minderen.



Figuur 3 Percentage deelnemers die niet voldoen aan gezondheidsnormen met intentie tot gedragsverandering

Hoe zou men gedragsverandering willen bereiken?

In figuur 3 is te zien dat men het liefst zelfstandig het gedrag wil veranderen. Vooral bij het afvallen en het stoppen met roken zouden de deelnemers professionele begeleiding willen.



Figuur 4 De manier waarop deelnemers gedragsverandering willen bereiken

Waarom wil men het gedrag niet veranderen?

Een relatief kleine groep met overgewicht/obesitas (9%) heeft aangegeven niet te willen afvallen. Deze deelnemers geven voornamelijk aan niet te willen afvallen (36%) of er geen zin in te hebben (23%). Onder de deelnemers die niet voldoen aan één of meerdere voedingsnormen en geen

intentie hebben om gezonder te eten, geeft 84% aan het eetpatroon niet te willen veranderen omdat ze al "gezond" eten. Onder de deelnemers die meer dan 7 glazen alcohol per week drinken en hier niet mee willen minderen, geeft 81% als reden dit simpelweg niet te willen.

PGC-acceptatie door deelnemers: resultaten van de vervolgvragenlijsten

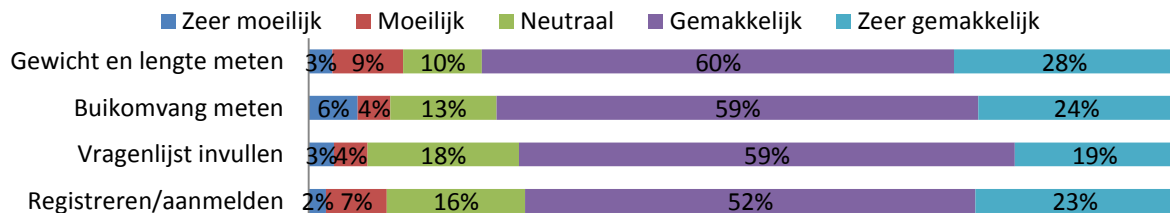
Hieronder worden de resultaten van de vervolgvragenlijsten per onderwerp beschreven. Het is belangrijk om bij de interpretatie van de resultaten rekening te houden met het feit dat de deelnemers aan de drie vervolgvragenlijsten, niet per se dezelfde personen zijn. Om de 3 en 6 maandenvragenlijst in te vullen was het dus niet noodzakelijk om de voorgaande vragenlijsten ingevuld te hebben. Deelname aan de drie vervolgvragenlijsten was anoniem, waardoor de vragenlijsten niet aan een persoon te koppelen zijn.

Prestatieverwachting

Meer dan de helft (63%) geeft 5 dagen na deelname aan de PGC dat zij denken dat het gebruik van de PGC bijdraagt aan het verbeteren van hun gezondheid.

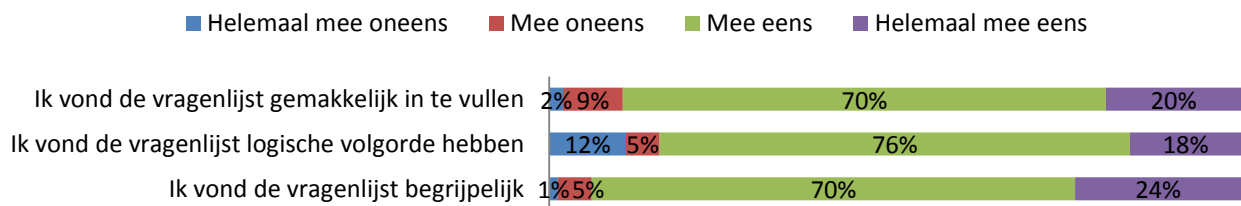
Ervaring rondom de deelname aan de PGC

Figuur 4 illustreert dat een grote meerderheid geen problemen heeft ervaren rondom het meten van gewicht, lengte en buikomvang. Hetzelfde geldt voor het invullen van de vragenlijst en het registreren en aanmelden bij de PGC.



Figuur 5 Ervaring rondom deelname aan de PGC

In figuur 5 wordt weergegeven dat de meeste deelnemers de vragenlijst gebruiksvriendelijk, logisch en begrijpelijk vinden.

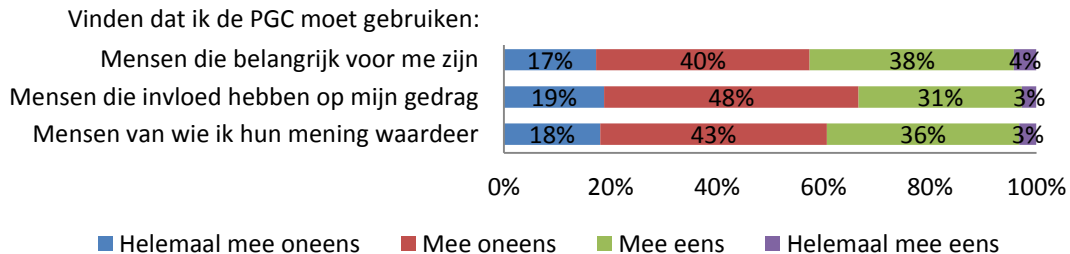


Figuur 6 Ervaring rond de deelname aan de PGC

Bijna een kwart van de deelnemers heeft toelichting gegeven bij de vragen over het gebruikersgemak van de PGC. De meest voorkomende opmerking heeft betrekking tot de antwoordmogelijkheden bij de vragen in de PGC. Ongeveer 13% van de deelnemers heeft aangegeven dat de antwoordcategorieën onvoldoende toereikend waren voor hun situatie. Er wordt dan ook gezegd dat de antwoordmogelijkheden te "zwart/wit" en "ongenuanceerd" zijn. Tevens geven deze deelnemers aan dat zij de mogelijkheid misten om bepaalde vragen toe te lichten. Hierdoor ontstond er volgens hen een incorrect beeld van hun gezondheid. Een andere opmerking die veelvuldig werd gemaakt is dat de vragenlijst onvolledig was en er vragen missen. Deelnemers konden niet aangeven dat zij last hebben van bepaalde aandoeningen. Een voorbeeld hiervan is een deelnemer die het advies kreeg dat ze meer moest bewegen terwijl zij invalide was. Tevens kon men niet aangeven wat voor type arbeid zij verrichtten. Hierdoor sluit het beweegadvies volgens sommige deelnemers niet goed aan op de deelnemer.

Sociale invloed

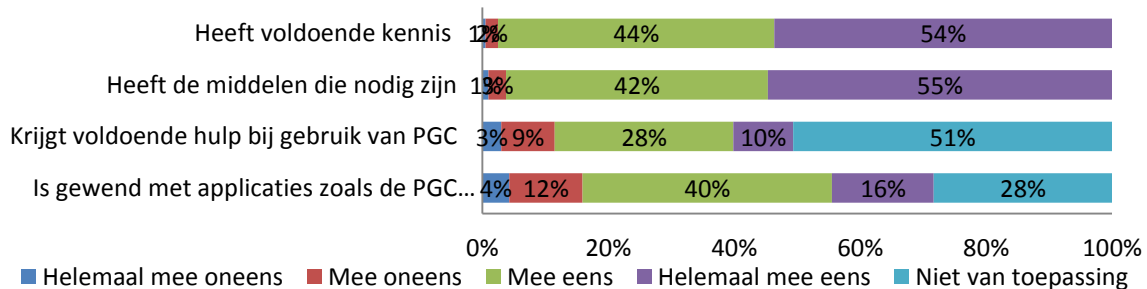
Van de deelnemers geeft 42% aan dat de mensen die belangrijk voor hen zijn, vinden dat zij de PGC moeten gebruiken (figuur 6). Daarnaast geeft een derde aan dat mensen die invloed hebben op hun gedrag, vinden dat zij de PGC moeten gebruiken. Ook geeft 39% van de deelnemers aan dat de mensen van wie ze hun mening waarderen, vinden dat zij de PGC moeten gebruiken.



Figuur 7 Sociale invloed

Facilitaire voorwaarden

De deelnemers zijn gevraagd in welke mate zij over voldoende kennis, middelen, hulp en ervaring beschikken die benodigd zijn voor het gebruik van de PGC. Bijna alle deelnemers geven hierbij aan dat zij over voldoende kennis en middelen zoals een computer, wifi en internet beschikken. Dit wordt geïllustreerd door figuur 7.



Figuur 8 Facilitaire voorwaarden

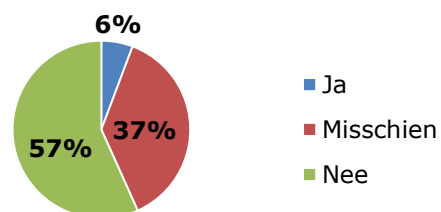
Meer dan de helft van de deelnemers geeft aan geen hulp nodig te hebben bij het gebruik van de PGC. Hiernaast geeft 38% aan voldoende hulp te krijgen wanneer zij moeilijkheden ervaren bij het gebruik van de PGC. 56% vindt dat het gebruik van de PGC lijkt op het gebruik van andere applicaties waarmee zij gewend zijn om te werken.

Hedonistische motivatie

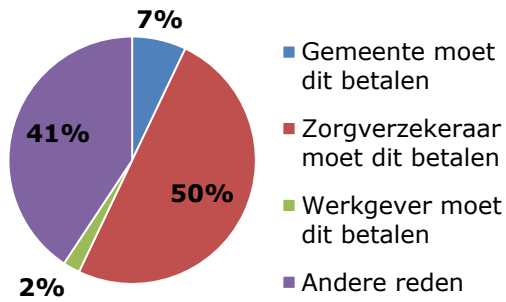
47% van de deelnemers zegt 5 dagen na deelname aan de PGC extra gemotiveerd te zijn om hun gezondheid te verbeteren.

Betalingsbereidheid

Een meerderheid van de deelnemers (57%) is niet bereid om een vergoeding te betalen voor het gebruik van de PGC (figuur 8). Wanneer de deelnemers hiertoe wel bereid zouden zijn, zouden de meeste mensen 10 (48%) of 20 (22%) euro betalen.



Figuur 8 Bereidheid om een vergoeding te betalen voor het gebruik van de PGC

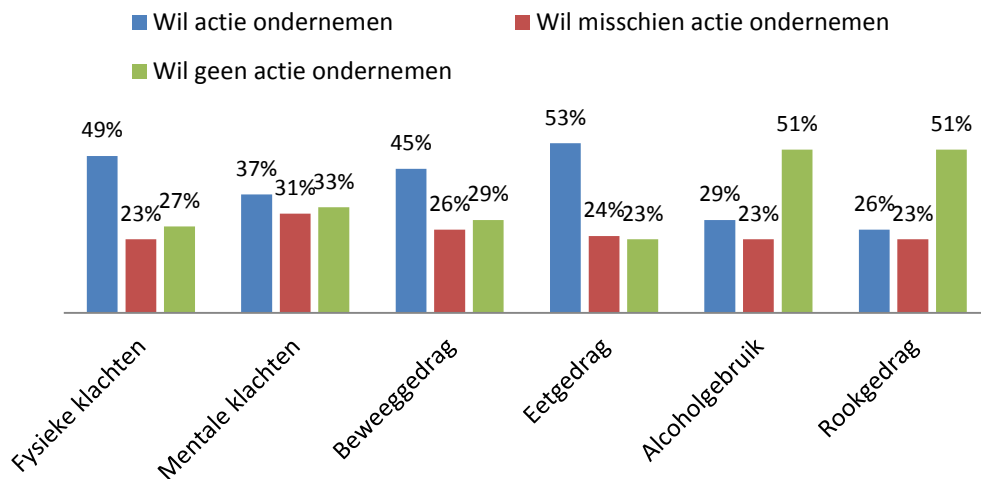


Figuur 9 Redenen waarom deelnemers niet willen betalen voor PGC

Van de deelnemers die aangeven niet bereid te zijn om te betalen voor de PGC, geeft de helft als reden dat ze vinden dat de zorgverzekeraar dit voor hen moet betalen. Andere redenen zijn dat de deelnemers vinden dat de check weinig waarde toevoegt en zij hun gezondheid zelf kunnen monitoren. Daarnaast gaan de deelnemers liever naar de huisarts wanneer zij meer informatie over hun gezondheid willen (figuur 9).

Intentie tot gedragsverandering

Vijf dagen na deelname aan de PGC heeft de meerderheid wel of misschien de intentie om fysieke en mentale klachten te verminderen, om meer te bewegen en om het eetgedrag aan te passen (figuur 10). Alleen bij roken en het consumeren van alcohol zegt ongeveer de helft dat zij het gedrag niet willen aanpassen.

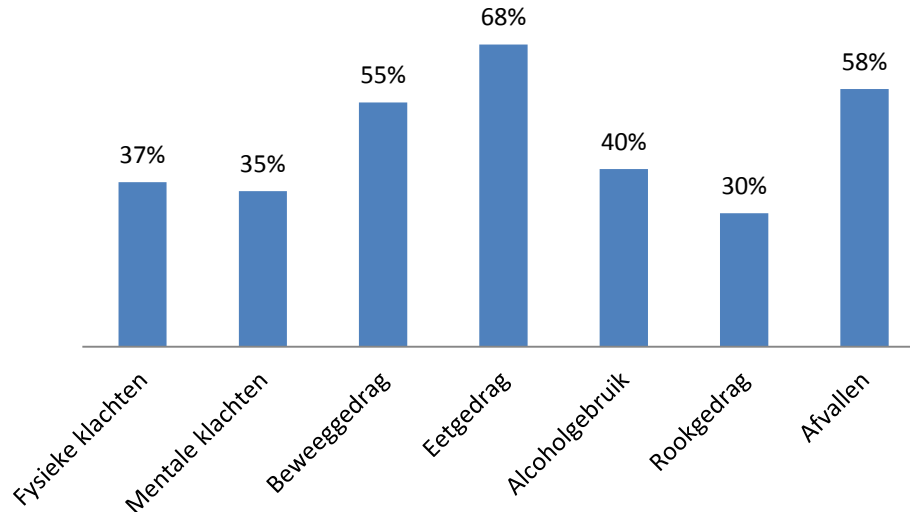


Figuur 10 Intentie om actie te ondernemen op leefstijlfactor

Bijna twee derde van de deelnemers geeft ook aan waarom zij actie willen ondernemen om de gezondheid te verbeteren. De voornaamste reden die deelnemers hier opgeven is dat zij gezond willen blijven of gezonder willen worden. Zo zijn er mensen die een betere conditie willen en aan de slag willen met hun overgewicht. Tevens zijn er mensen die hun bloeddruk willen verlagen en gezondere bloedwaarden willen.

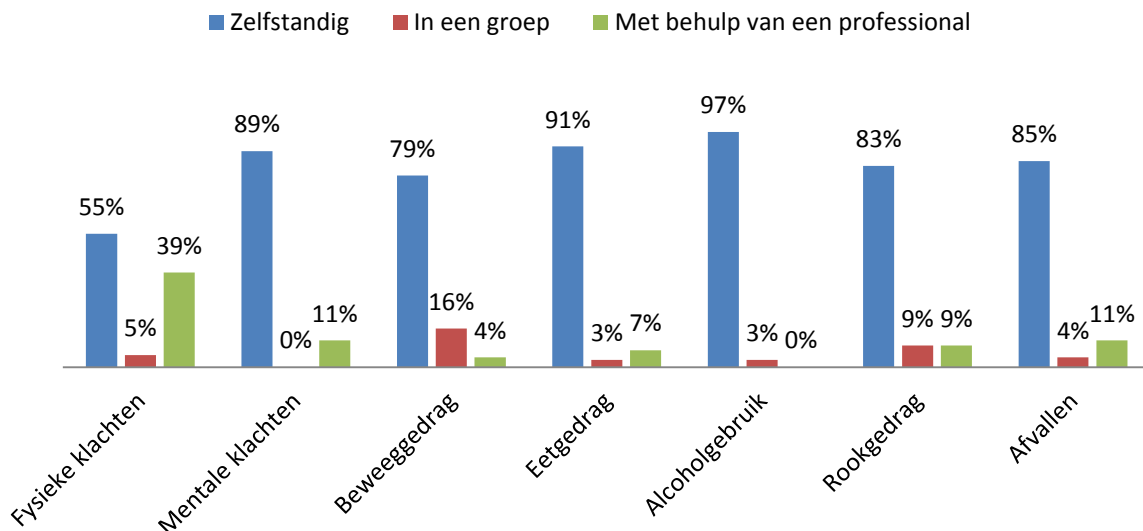
Zelfgerapporteerde gedragsverandering na 3 en 6 maanden

Na drie maanden zijn de deelnemers die niet voldeden aan één of meerdere gezondheidsnormen gevraagd of zij actie hebben ondernomen om deze leefstijlfactoren te verbeteren. Figuur 11 laat zien dat afvallen, het beweeg- en het eetgedrag de voornaamste leefstijlfactoren zijn waar de deelnemers actie op hebben ondernomen.



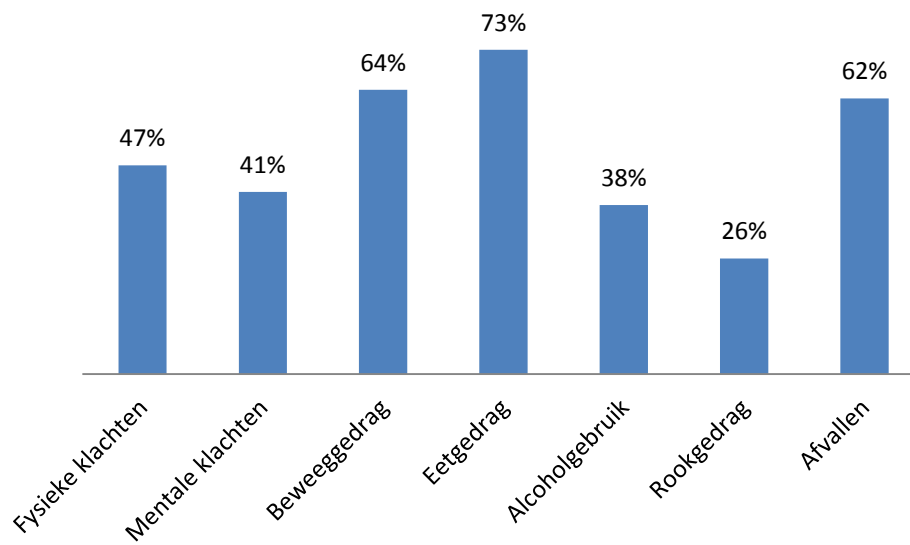
Figuur 11 Percentage deelnemers die niet voldeden aan één of meerdere gezondheidsnormen en na 3 maanden actie heeft ondernomen op leefstijlfactor

In figuur 12 wordt weergegeven hoe de deelnemers actie hebben ondernomen op de leefstijlfactor waarbij ze niet aan de gezondheidsnorm voldeden. De meeste mensen hebben zelfstandig actie ondernomen om hun leefstijl aan te pakken. Bij fysieke klachten wordt vaker de hulp van een professional ingeschakeld. Bewegen en stoppen met roken zijn de activiteiten die het vaakst worden ondernomen in een groep. Het is onbekend of de mensen die de intentie hadden om hun gedrag te veranderen, ook daadwerkelijk actie hebben ondernomen, en of dit gedaan is op een manier die ook effectief is.



Figuur 12 Hoe heeft men na 3 maanden actie ondernomen op leefstijlfactor

Figuur 13 illustreert dat afvallen, het beweeg- en het eetgedrag na 6 maanden ook de voornaamste leefstijlfactoren zijn waar deelnemers actie op ondernemen. Het betreft hier nog steeds deelnemers die niet voldeden aan één of meerdere gezondheidsnormen.



Figuur 13 Percentage deelnemers die niet voldeden aan één of meerdere gezondheidsnormen en na 6 maanden nog steeds actie onderneemt op leefstijlfactor

Interviews met professionals, deelnemers en non-responders

In welke mate accepteren professionals de PGC?

Algemene ervaring met de PGC

In totaal hebben 12 professionals deelgenomen aan het kwalitatieve onderzoek naar de acceptatie van de PGC. Deze professionals waren onder andere huisartsen, doktersassistenten en wijkverpleegkundigen. In meerdere gemeenten geven zij aan dat de pilot relatief weinig nieuws voor de huisartsenpraktijk heeft opgeleverd. De twee onderwerpen waar in de PGC de nadruk op wordt gelegd zijn cardiovasculair risicomangement, diabetes en overgewicht. Dit zijn zaken die al redelijk goed in beeld zijn bij patiënten en professionals. Er zijn enkele nieuwe patiënten gediagnosticeerd, maar de overgrote meerderheid die de professionals hebben gesproken naar aanleiding van de PGC, waren patiënten die al in beeld zijn bij de huisartsenpraktijk. Dit roept bij de professionals dan ook de vraag op, of de juiste doelgroep bereikt wordt met de PGC. Daarmee bedoelt men de mensen met een ongunstige leefstijl en gezondheid.

Prestatieverwachting

Eén van de professionals had de verwachting dat de resultaten van de deelnemers inzichtelijk zou worden gemaakt voor de huisarts. Volgens deze professional waren ook deelnemers in de veronderstelling dat de huisarts de resultaten in kon zien. Directe inzage in de uitkomsten wordt als van grote meerwaarde genoemd. *"Ik wil juist zicht krijgen op mensen die misschien meer risico lopen en die ik nooit zie in mijn praktijk. Nu krijg ik alleen inzicht als mensen uit zichzelf naar mij toekomen. Ik had extra informatie willen hebben over een latente cliëntenpopulatie."*

Betalingsbereidheid

Professionals zijn over het algemeen van mening dat het vragen van een vergoeding voor deelname aan de PGC, belemmerend zal werken. *"Dat zal veel mensen weerhouden, zeker de doelgroep die wij op het oog hebben. Het zijn vaak toch weer de lagere inkomensgroepen voor wie dat een drempel kan zijn."* Volgens hen kan het leiden tot een zeer selecte groep deelnemers.

Meerwaarde van het gebruik van de PGC voor de publieke gezondheid

Over het algemeen vinden professionals de insteek van de PGC goed. In verschillende gemeenten geven zij aan dat het gebruik van de PGC kan bijdragen aan de publieke gezondheid. Men is van mening dat e-health applicaties (en het gebruik van de computer) goed aansluiten bij de huidige tijd. Het aanbieden van dergelijke applicaties zou tevens drempelverlagend kunnen werken. De PGC vinden zij echter niet voor alle patiënten geschikt. Ouderen en personen met een lage SES zouden moeite kunnen ervaren bij het gebruik van e-health applicaties.

PGC aanbevelen

Terwijl de ene professional de PGC zou aanbevelen bij zijn patiënten, doet de andere dat niet omdat zij graag neutraal wil blijven. Tevens zijn er professionals die de PGC niet zouden aanbevelen in de huidige vorm omdat de aanpak onpersoonlijk is en zij geen inzage krijgen in de resultaten van hun patiënten.

Bereik PGC vergroten

De respons was in Goirle met 25% het hoogst in vergelijking met de drie andere pilot gemeenten. De professionals hebben het idee dat de deelnemers meer vertrouwen hebben in de huisartsen. Dit heeft in Goirle goed gewerkt gezien de uitnodiging voor deelname aan de PGC daar verstuurd is via de huisartsen. Professionals in de andere drie gemeenten denken dat er mogelijk meer mensen bereikt hadden kunnen worden als dit in hen gemeenten ook was gedaan. In deze drie gemeenten is de uitnodiging namelijk via de gemeente verstuurd. Professionals denken ook dat de digitale vorm, waarvoor goede omgang met de computer een vereiste is, ervoor zorgt dat vooral oudere mensen niet deelnemen. Dit gegeven wordt echter niet ondersteund door de gemiddelde leeftijd van de deelnemers. Deze ligt namelijk op 54 jaar. Van de deelnemers is 67% 50-plus en 25% 65-plus.

Suggesties voor verbetering van de PGC

De meerderheid van de professionals vindt de PGC een goed doordacht instrument dat er goed uitziet. Professionals gaven wel aan dat de PGC erg uitgebreid is en daardoor deelnemers zou kunnen afschrikken. Daarom wordt de suggestie gedaan om een verkorte 'light' versie van de PGC te ontwikkelen. Deze zou als instap kunnen dienen om de belangrijkste risico's in kaart te brengen en daarna kan verdieping plaatsvinden voor degenen die dat willen. Een ander aandachtspunt is volgens professionals in één van de gemeenten om kritisch te kijken naar de gebruikte formuleringen in het rapport van de PGC en af te wegen welke waarde mensen aan bepaalde woorden hechten. Als voorbeeld wordt genoemd dat een patiënt een iets te hoge bloeddruk had en hierdoor erg was geschrokken.

In welke mate accepteren deelnemers de PGC?

Algemene ervaring met de PGC

In totaal hebben 25 deelnemers deelgenomen aan het kwalitatieve onderzoek naar de acceptatie van de PGC. Zij zijn over het algemeen positief over de pilot in hun gemeenten. Als meerwaarde van deelname wordt voornamelijk genoemd dat men inzicht krijgt in de gezondheid en leefstijl. Enkele deelnemers vinden het een mooi gebaar dat de gemeente deelname aan de PGC gratis heeft aangeboden. Deelnemers waren minder tevreden over de logistiek rondom de checkpoints voor aanvullend onderzoek. Het inplannen van een afspraak hebben sommigen als hinderlijk ervaren. Tevens moest men in één gemeente zelf de bloeddruk opmeten. Dit ging niet zonder slag of stoot. Enkele deelnemers geven echter aan de uitgevoerde metingen niet volledig te vertrouwen. Zij hebben meer vertrouwen in de metingen van de huisarts.

Hedonistische motivatie

Het verkrijgen van inzicht in het huidige gedrag en hier feedback op krijgen wordt genoemd als een van de belangrijkste redenen voor deelname aan de PGC. *"Een check of ik een beetje goed zit of dat ik iets moet gaan doen aan mijn leefstijl en gezondheid"*. Tevens vinden deelnemers het een handig instrument voor mensen die vrijwel nooit bij de huisarts komen. Men geeft ook aan deel te nemen uit nieuwsgierigheid naar de resultaten. Zij ervaren dat deelname meer bewustzijn creëert en dat de PGC werkt als een 'eye opener'. Ook ziet men het belang van preventie steeds meer in. Men denkt dat de PGC hier een bijdrage aan kan leveren.

Ervaring rondom de deelname aan de PGC

De meerderheid van de deelnemers vindt de PGC gemakkelijk in gebruik, met name doordat ze gewend zijn te werken met computers. De vraagstellingen zijn over het algemeen als duidelijk en nuttig ervaren. Deelnemers noemden echter ook knelpunten ten aanzien van de vragenlijst. Het invullen van vragen waarbij een inschatting moest worden gemaakt van de hoeveelheden die ze eten en drinken, was moeilijk voor sommigen. Ook wordt er aangegeven dat de antwoordmogelijkheden van de vragen soms erg ongenueanceerd zijn. Hierdoor kon men niet altijd antwoorden geven die specifiek bij hun situatie hoort. Dit had volgens deelnemers verstrekking gevolgen in de adviezen. Sommige deelnemers hebben ook knelpunten ervaren bij het gebruik van het online systeem. Voorbeelden van online problemen waren: men kon soms niet inloggen, kreeg onterecht herinneringen dat de PGC niet compleet was ingevuld, enkele deelnemers hebben geen rapport ontvangen en de helpdesk van het NIPED was niet altijd bereikbaar. Men denkt dat de PGC niet geschikt is voor ouderen die niet bekend zijn met dergelijke digitale toepassingen. Daar zou nog meer aandacht aan kunnen worden besteed. Enkele deelnemers hebben dit ook terug gehoord in hun omgeving.

Prestatieverwachting

Voor de meerderheid van de deelnemers waren de uitkomsten van de PGC in lijn met de verwachtingen. Het was een bevestiging van aandachtspunten in leefstijl of (risico's op) aandoeningen die al bekend waren. Sommige deelnemers gaven wel aan kritische te blijven op de adviezen en uitslagen en men vindt deze niet altijd aansluiten bij de persoonlijke situatie.

Sociale invloed

Deelnemers die met anderen over de PGC hebben gesproken, geven aan dat mensen in hun omgeving de uitnodiging vanuit de gemeente als een vorm van betutteling zagen. Een andere reden om niet deel te nemen dat mensen bang waren dat hun gegevens bij de gemeente terecht zouden komen. Ook gaven deelnemers aan dat er onder de mensen argwaan was over de afkomst van de uitnodiging en de gewaarborgde anonimiteit.

Betalingsbereidheid

De bereidheid om een vergoeding te betalen voor het gebruik van de PGC is wisselend. Men is over het algemeen wel bereid iets te betalen voor het gebruik van de PGC. Sommigen denken echter dat de deelname hoger zal zijn wanneer de PGC door de overheid wordt gesubsidieerd. Enkele deelnemers vragen zich af of een vergoeding wel nodig is, als je door preventief inzetten uiteindelijk goedkoper uit bent vanwege lagere zorgkosten.

Bereik PGC vergroten

In Goirle is de uitnodiging voor deelname aan de PGC vanuit de huisartsenpraktijk verstuurd. De meerderheid van de interview-deelnemers in Goirle is van mening dat een uitnodiging vanuit de huisarts meer vertrouwen geeft en zorgt voor een hogere respons. Men vindt het wel goed dat de gemeente betrokken is bij het initiatief. Zij zijn van mening dat wanneer de PGC via samenwerkende huisartsen aangeboden zou worden dit tot een hogere respons kan leiden. Het aanbieden van de PGC via verenigingen in de wijken zou volgens deelnemers ook kansen kunnen bieden om mensen te motiveren gezamenlijk deel te nemen. Deelnemers zien ook kansen als het gaat om de uitwisseling van de gegevens van de PGC met de huisarts. Een koppeling maken tussen het dossier bij de huisarts en gegevens van de PGC heeft volgens deelnemers meerwaarde. Hierdoor zou het effect van de PGC kunnen worden vergroot. Tevens geven deelnemers aan dat binnen de gemeenten meer promotie had kunnen worden gemaakt voor deelname aan de PGC.

Beweegredenen om niet deel te nemen aan de PGC

In totaal zijn 58 non-responders telefonisch (N=21), per e-mail (N=25), of face-to-face (N=12), gevraagd naar de redenen die ze hadden om niet deel te nemen aan de Persoonlijke Gezondheidscheck (PGC).

Al onder controle bij huisarts en/of ziekenhuis

De belangrijkste reden die non-responders noemen is zij onder controle staan bij zowel de huisarts als de tweede lijn voor meerdere (chronische) aandoeningen of alleen bij de huisarts vanwege gezondheidsproblemen (zoals een verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol of diabetes). Deze non-responders hebben in het algemeen een positieve houding ten opzichte van de PGC. Zij vinden dat deze applicatie mensen bewuster maakt van de eigen gezondheid en risico's, maar denken dat deelname geen meerwaarde heeft voor hun persoonlijke situatie.

Jaarlijkse check bij huisarts of via werkgever

Een andere belangrijke reden voor non-respons is dat respondenten al een jaarlijkse of frequente controle bij de huisarts krijgen waarbij o.a. de bloeddruk en het cholesterolgehalte worden opgemeten. Eén respondent krijgt al een jaarlijkse gezondheidscheck via de zorgverzekeraar. Een andere respondent voegt toe dat een laag inkomen zijn keuzes voor uitvoering van aanvullend onderzoek heeft beïnvloed. Sommige respondenten hebben na overleg met de huisarts besloten om niet mee te doen vanwege de controles die ze reeds ondergaan. *“Na overleg met onze huisarts hebben wij besloten niet aan de gezondheidscheck deel te nemen. Wij staan onder regelmatige controle van de huisarts.”* Daarnaast ondergaan een aantal respondenten via hun werk (vliegmedische keuring/brandweer/gemeente) al een jaarlijkse of tweejaarlijkse keuring waardoor ze geen meerwaarde zien van deelname aan de PGC.

Privacy

Tevens geven non-responders aan vanwege privacy gerelateerde bezwaren niet deel te nemen aan de PGC. Drie deelnemers willen vertrouwelijke gezondheidsinformatie niet delen met andere

partijen dan de huisarts. Een andere deelnemer heeft er bezwaar tegen dat de gemeente bij dit soort initiatieven is betrokken en ervaart dit als een aantasting van de privacy. Voor een andere deelnemer was de aanleiding voor het initiatief vanuit de gemeente onduidelijk en dit riep argwaan op. Een andere deelnemer staat argwanend tegenover het gebruik van de data die verzameld wordt met de PGC.

Er waren echter ook respondenten die geen reden hadden om de PGC in te vullen. Deze personen voelen zich goed en ervaren geen gezondheidsproblemen. Deelname aan de PGC vonden zij daarom niet nodig.

Mening over de uitnodiging voor de PGC

Non-responders zijn ook gevraagd wat ze vinden van de uitnodiging voor de PGC. Terwijl de uitnodiging in Goirle door de huisartsenpraktijk is verstuurd, werd deze in de andere gemeenten vanuit de gemeenten verstuurd, al dan niet met ondertekening door de projectleider van de GGD en of huisartsen. Een deel van de respondenten vonden het prima dat de gemeente de uitnodiging heeft verstuurd. Echter, is een ander deel van mening dat de uitnodiging beter vanuit de huisarts(en) in de wijk(en) verstuurd had kunnen worden. Reden hiervoor is dat dit meer vertrouwen schept bij bewoners. Men vond de uitnodiging vanuit de gemeente niet passend omdat de gemeente volgens hen niets te maken heeft met vertrouwelijke gezondheidszaken van inwoners. Daarvoor zijn partijen als de huisarts of GGD bedoeld. Ook roept het wantrouwen op over de belangen die de gemeenten hebben bij het versturen van de uitnodiging en deelname aan de PGC door inwoners. *"Je weet in principe niet allemaal wat er met je gezondheidsinformatie gebeurt bij de gemeente. Dat heeft mij belet".* Voor enkele deelnemers was de aanleiding van de uitnodiging voor deelname aan de PGC onduidelijk. De afzender maakt volgens deze respondenten niet direct zoveel uit, als er maar publiciteit aan gegeven wordt, zodat men op de hoogte zijn van de bedoelingen van de PGC. *"Ik heb niets gehoord over (deelname aan) de Persoonlijke Gezondheidscheck van mensen in mijn omgeving."*

Referenties

1. Baardman, J., De Booy, M., & Meulmeester, M. (2009). Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen. *Zelfmanagement 2.0*.
2. Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. (2012). *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: Advies.
3. Verwey, R., Hochstenbach, L., Vermeulen, J., & Van Der Weegen, S. (2013). Technologie ondersteunt patiënt bij zelfmanagement. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*(6), pp. 14-17.
4. Zarrinkhameh, A. (2015). *Gebruik van eHealth bij zelfmanagement: Verschillen die het verschil uitmaken*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
5. NIPED. (2018). *Wat is de gezondheidscheck*. Opgeroepen op maart 28, 2018, van www.persoonlijkegezondheidscheck.nl: <https://www.persoonlijkegezondheidscheck.nl/wat-is-de-gezondheidscheck/>
6. Venkatesh, V., Thong, J. Y., & Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157-178.
7. Alsema, M., Newson, R. S., Bakker, S. J., Stehouwer, C. D., Heymans, M. W., Nijpels, G., et al. (2012). One risk assessment tool for cardiovascular disease, type 2 diabetes, and chronic kidney disease. *Diabetes Care*, 35(4), 741-8.
8. Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H., et al. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*, 37(39), 2999-3058.
9. Conroy, R. M., Pyörälä, K., Fitzgerald, A. P., Sans, S., Menotti, A., De Backer, G., et al. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*, 24(11), 987-1003.
10. Van Dis, I., Kromhout, D., Geleijnse, J. M., Boer, J. M., & Verschuren, W. M. (2010). Evaluation of cardiovascular risk predicted by different SCORE equations: the Netherlands as an example. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 17(2), 244-9.
11. NIPED. (2015). *Van nazorg naar voorzorg: In 2016 doen 300.000 Nederlanders mee aan De Persoonlijke Gezondheidscheck*. Amsterdam: NIPED.
12. Epidemiologen, programma Leefomgeving Team Onderzoek, GGD Hart voor Brabant. (2017). *Gezondheidsmonitor Volwassenen 2016*. Tilburg: GGD Hart voor Brabant.
13. Epidemiologen, programma Leefomgeving Team Onderzoek, GGD Hart voor Brabant. (2017). *Gezondheidsmonitor Ouderen 2016*. Tilburg: GGD Hart voor Brabant.
14. GGD West-Brabant. (2016). *Tabellenboek Volwassenmonitor*. Opgeroepen op maart 29, 2018, van www.brabantscan.nl: https://ggdbrabant.incijfers.nl/Jive/report?id=vm2016_ggd_gemeente_738
15. GGD West-Brabant. (2016). *Tabellenboek Ouderenmonitor*. Opgeroepen op maart 29, 2018, van www.brabantscan.nl: https://ggdbrabant.incijfers.nl/Jive/report?id=om2016_ggd_gemeente_738

16. Luiten, A. (2009). *Benaderingsstrategieën: Responsverhogende maatregelen bij sociale statistieken*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
17. Cialdini, R. B. (2007). *Influence: The psychology of persuasion*. New York: Collins Business.
18. CZ. (2017). *Coaching op Leefstijl-programma (Cool) bewezen effectief en in 2019 vergoed uit de basisverzekering*. Opgeroepen op december 14, 2017, van www.cz.nl: <https://www.cz.nl/over-cz/nieuws/2017/coaching-op-leefstijl-programma-bewezen-effectief>
19. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
20. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
21. Volksgezondheidszorg.info. (2017). *Overgewicht > Cijfers & Context > Huidige situatie*. Opgeroepen op mei 03, 2018, van www.volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#!node-overgewicht-volwassenen>
22. Volksgezondheidszorg.info. (2016). *Roken > Cijfers & Context > Huidige situatie: volwassenen*. Opgeroepen op november 30, 2017, van www.volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie-volwassenen#node-roken-naar-leeftijd>
23. Volksgezondheidszorg.info. (2016). *Sport en bewegen > Cijfers & Context > Huidige situatie*. Opgeroepen op november 30, 2017, van www.volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sport-en-bewegen/cijfers-context/huidige-situatie#!node-beweeggedrag-0>
24. Gezondheidsraad. (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.
25. Volksgezondheidszorg.info. (2016). *Alcoholgebruik > Cijfers & Context > Huidige situatie*. Opgeroepen op maart 07, 2018, van www.volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/alcoholgebruik/cijfers-context/huidige-situatie#node-alcoholgebruik-volwassenen>
26. Volksgezondheidszorg.info. (2012). *Voeding > Cijfers & Context > Huidige situatie*. Opgeroepen op maart 07, 2018, van www.volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/voeding/cijfers-context/huidige-situatie#node-voeding-van-volwassenen>
27. RIVM. (2017). *Voedselconsumptie in 2012-2014 vergeleken met de Richtlijnen goede voeding 2015*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
28. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.