

Factoren voor het voorschrijfgedrag van Twentse huisartsen omtrent statines bij de primaire preventie van hart- en vaatziekten.



UNIVERSITEIT TWENTE.

Auteurs: Manon Koeleman; s1737090, Vincent Regtop; s1528351, en Rianne Scheffer; s1665189

Begeleiders: J.G. van Manen, P.M. Carrera & K. Dorsman

Project ID: GZW-20160018

Datum: 06-07-2018

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie: 'Factoren voor het voorschrijfgedrag van Twentse huisartsen omtrent statines bij de primaire preventie van hart- en vaatziekten'. Deze scriptie is geschreven in het kader van onze bachelor afstudeeropdracht voor de studie Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Wij hebben deze scriptie geschreven in de periode 6 februari 2018 tot 6 juli 2018. In deze zes maanden hebben wij regelmatig het onderzoek in een andere richting moeten sturen. Hier hebben wij ons doorheen geslagen, waardoor er nu een interessante scriptie voor u ligt.

Deze scriptie is geschreven door Manon Koeleman, Vincent Regtop en Rianne Scheffer. Wij hebben in deze scriptie alles samen geschreven en bediscussieerd.

Vanuit de universiteit lag er een opdracht klaar om in samenwerking met onze externe begeleider, mevrouw Kim Dorsman, een onderzoek te starten naar het voorschrijfgedrag van Twentse huisartsen omtrent statines. Wij hebben dit onderzoek, na veel nadenken en discussiëren, ons eigen weten te maken. Binnen de universiteit hebben wij een fijne samenwerking ervaren met onze interne begeleiders, mevrouw Jeannette van Manen en mevrouw Pricivel Carrera. Wij willen daarom graag alle begeleiders bedanken voor hun raad, flexibiliteit, en scherpe inzichten.

Ook willen wij alle meewerkende huisartsenpraktijken, respondenten, vrienden en familie bedanken voor het invullen van onze enquêtes en constante feedback. Zonder jullie hadden wij dit niet kunnen doen.

Samenvatting

Titel: Factoren voor het voorschrijfgedrag van Twentse huisartsen omtrent statines bij de primaire preventie van hart- en vaatziekten.

Introductie: Om de kwaliteit van preventie van HVZ te waarborgen, is in Nederland de NHG-standaard voor CVRM ontworpen. Huisartsen in Nederland mogen van deze richtlijn afwijken. Dit maakt verschil in voorschrijfgedrag mogelijk. Vanuit de literatuur is bekend dat verschillende factoren van invloed kunnen zijn op het voorschrijfgedrag van huisartsen. De mate waarop deze factoren van toepassing zijn bij huisartsen kan per regio sterk verschillen. Daarom is dit onderzoek binnen één regio uitgevoerd; Twente. Het in kaart brengen van factoren die gerelateerd zijn aan de overwegingen van huisartsen bij het komen tot een behandelplan, is relevant om eventuele oorzaken voor variatie in voorschrijfgedrag te achterhalen. Dit leidt tot de volgende twee onderzoeksvragen: 1) Welke karakteristieken van huisartsen, die van invloed kunnen zijn op voorschrijfgedrag, zijn gerelateerd aan de overwegingen die huisartsen in Twente maken om tot een behandelplan te komen omtrent cardiovasculair risicomanagement?, en 2) Wat is de houding van de Twentse bevolking tegenover statinetherapie ter preventie van hart- en vaatziekten?

Methode: Beide onderzoeksvragen zijn beantwoord met behulp van enquêtes. De enquête voor de eerste onderzoeksvraag is verspreid over huisartsen die aangesloten zijn bij FEA of THOON. De uitkomstmaat was de invloed van de karakteristieken op de overwegingen, wat is uitgevraagd met stellingen en casussen. Deze uitkomstmaat had een power van maximaal 34%. Daarnaast is er een top 3 gemaakt van de meest belangrijk geachte risicofactoren voor het voorschrijven van statines of het geven van leefstijladvies, die zijn uitgevraagd door middel van rangschikkingen. De enquête voor de tweede onderzoeksvraag is met behulp van Facebook en huisartsenpraktijken verspreid over de Twentse bevolking, en bestond uit stellingen over statinetherapie. De uitkomstmaat was hierbij het gemiddelde antwoord per stelling. Aansluitend is een chikwadraattoets uitgevoerd om te achterhalen welke karakteristieken van de bevolking van invloed waren op hun mening omtrent statines.

Resultaten: De resultaten van de statistische analyse bij de eerste onderzoeksvraag gaven twee statistisch significante verschillen in antwoorden weer. De achtergrondfactoren '*soort praktijk*' en '*subjectieve werkdruk*' geven elk een statistisch significant verschil bij een stelling. Daarnaast zijn voor de andere achtergrondfactoren ook verschillen gezien bij de verschillende delen van de enquête., deze zijn echter niet gevonden met een statistische analyse. De resultaten van de tweede onderzoeksvraag tonen aan dat respondenten statinetherapie een noodzakelijk kwaad vonden. Daarnaast zijn er bij alle karakteristieken van de respondenten statistisch significante verschillen gevonden over hun antwoorden op de stellingen.

Conclusie: Door de lage power in dit onderzoek kon niet worden bevestigd, noch ontkend dat de karakteristieken van de huisarts gerelateerd zijn aan overwegingen die leiden tot voorschrijfgedrag dat wel of niet conform de richtlijn is. Het blijft dus onduidelijk of de karakteristieken van Twentse huisartsen verklarende factoren kunnen zijn voor eventuele variatie in voorschrijfgedrag omtrent statines. Daarnaast is gebleken dat verschillende karakteristieken de bevolking leidden tot een verschillende houding ten opzichte van statinetherapie. In hoeverre de mening van patiënten van invloed is op het voorschrijfgedrag van huisartsen, is niet onderzocht.

Kernwoorden: Factoren, voorschrijfgedrag, statinetherapie, huisartsen, Twente, houding, overwegingen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding		Pagina 6
2	Theoretisch kader		Pagina 9
	2.1 Theorie van gepland gedrag	Pagina 9	
	2.2 Huisartsen	Pagina 10	
	2.3 De Twentse bevolking	Pagina 12	
3	Methode		Pagina 14
	3.1 Onderzoeksdesign	Pagina 14	
	3.2 Onderzoekspopulatie	Pagina 16	
	3.3 Dataverzameling	Pagina 16	
	3.4 Ethische beschouwing	Pagina 19	
	3.5 Statistische analyse	Pagina 19	
	3.6 Definities	Pagina 20	
4	Resultaten		Pagina 22
	4.1 Resultaten van de huisartsen-enquête	Pagina 22	
	4.2 Resultaten van de enquête voor de Twentse bevolking	Pagina 30	
5	Discussie		Pagina 32
	5.1 Samenvatting resultaten	Pagina 32	
	5.2 Opvallende resultaten	Pagina 32	
	5.3 Reflectie op het theoretisch kader	Pagina 33	
	5.4 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek	Pagina 33	
	5.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	Pagina 35	
6	Conclusie		Pagina 36
7	Referenties		Pagina 37
8	Bijlagen		Pagina 40
	8.1 Bijlage 1: Enquête onderzoeksvraag 1	Pagina 40	
	8.2 Bijlage 2: Enquête onderzoeksvraag 2	Pagina 51	
	8.3 Bijlage 3: Overige tabellen	Pagina 54	
	8.4 Bijlage 4: Spreiding geslacht en leeftijd steekproef onderzoeksvraag 2	Pagina 57	

1. INLEIDING

In Nederland zijn hart- en vaatziekten (HVZ) de op één na belangrijkste doodsoorzaak, achter nieuwvormingen^[1]. Er overleden 38.647 mensen aan de gevolgen van HVZ in 2016, hiervan waren er 18.148 mannen en 20.499 vrouwen. De verwachting is dat, door vergrijzing van de bevolking, tussen 2011 en 2040 het aantal mensen met coronaire hartziekten zal toenemen van 862.000 tot 1.426.000 ^[2]. Aangezien HVZ in Nederland een groot gezondheidsprobleem is, is preventie van groot belang^[2]. Om de kwaliteit van preventie te waarborgen, heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de standaard voor Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) ontworpen^[3]. De meest recente NHG-standaard voor CVRM is herzien in 2012^[2], en biedt huisartsen onder andere handvatten voor het preventief behandelen van HVZ. Met behulp van deze standaard kunnen huisartsen het risicoprofiel van patiënten opstellen en het behandelplan daarop laten aansluiten. Als patiënten een verhoogd risicoprofiel hebben voor cardiovasculaire aandoeningen vallen zij onder het CVRM. Dit houdt in dat deze patiënten met regelmaat op controle moeten komen bij de huisarts om diverse metingen te laten verrichten, zoals de bloeddrukmeting en het lipidenprofiel. Vervolgens kan ook eventuele medicatie worden geëvalueerd ^[2]. In Nederland vielen in 2012 iets minder dan 300.000 mensen onder CVRM^[4]. De praktijkpopulatie van de huisartsen in Nederland bestaat daardoor voor ongeveer 10% uit patiënten die in aanmerking komen voor CVRM^[5], waardoor zij een grote patiëntengroep vormen.

Een verhoogd cholesterol is een van de belangrijkste risicofactoren voor coronaire hartziekten ^[6]. Te hoge cholesterolwaarden kunnen volgens de NHG-standaard worden verlaagd, waarbij twee behandelopties het meest voor de hand liggen; leefstijladvies en statinetherapie^[3]. Er bestaan verschillende soorten statines, waarvan simvastatine het voorkeursmiddel in de NHG-standaard is. Voor het opstellen van een behandelplan voor de preventie van HVZ, kan een huisarts de NHG-standaard voor CVRM raadplegen. De NHG-standaard laat daarbij op verschillende punten ruimte voor de huisarts om beslissingen te maken rondom een behandelplan. Hierin wordt de huisarts niet een behandelplan opgelegd, maar wordt er bijvoorbeeld enkel geadviseerd en ruimte geboden voor eigen overwegingen^[2]. Daarbij komt dat huisartsen met goede argumentatie van deze richtlijn mogen afwijken^[7]. Dit maakt variatie in voorschrijfgedrag van statines mogelijk.

Hoeveel variatie er in Nederland daadwerkelijk is in voorschrijfgedrag, wordt voor de primaire preventie van HVZ regelmatig in kaart gebracht. In een onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen is gebleken dat van alle gevallen dat de huisarts ervoor koos om statines voor te schrijven, 66% van de voorgeschreven medicatie inconsistent was met de NHG-standaard^[8]. Uit ander onderzoek bleek dat van alle patiënten die in aanmerking kwamen voor primaire preventie van HVZ met statines, 77% geen statines voorgeschreven kreeg^[9]. Er is niet alleen op nationaal niveau onderzoek gedaan naar het voorschrijfgedrag van huisartsen met betrekking tot de primaire preventie van HVZ, ook regionaal zijn deze gegevens in kaart gebracht. De spreiding tussen regio's, wat betreft het percentage HVZ-patiënten die behandeld worden met statines, kwam neer op 65% - 81% ^[10].

Deze variatie in voorschrijfgedrag kan worden veroorzaakt door verschillende factoren. Het is bewezen dat een aantal karakteristieken van de arts, bijvoorbeeld het geslacht en de leeftijd, hierbij een rol spelen^[11,12]. Om tot een bepaald behandelplan te komen moet een huisarts onder andere rekening houden met de risicofactoren van patiënten^[3]. Huisartsen met verschillende karakteristieken zouden een verschillende houding kunnen hebben ten opzichte van welke risicofactoren zij het meest belangrijk vinden. Daarnaast kunnen ze een andere houding hebben ten opzichte van verschillende

behandelingsmogelijkheden, waaronder statines. Het is interessant om te onderzoeken of deze karakteristieken van invloed zijn op het voorschrijfgedrag en daarbij op de overwegingen om tot een bepaald voorschrijfgedrag te komen.

Een andere factor die invloed kan hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen is de houding van de patiënt. Patiënten kunnen een bepaalde houding hebben tegenover de beoogde behandelopties. In de huidige geneeskunde komt een paternalistische houding bij huisartsen steeds minder voor. De mening van de patiënt wordt vaker meegenomen door de huisarts bij het maken van een behandelkeuze^[13]. Dit wordt ook wel ‘shared decision making’ genoemd^[13]. Uit onderzoek blijkt dat de mening van patiënten ten opzichte van een bepaalde behandeling, gevormd kan zijn door verschillende factoren. Hierbij speelt bijvoorbeeld de alledaagse communicatie over een behandeling een rol^[14]. Hieruit kan worden gesuggereerd dat de mening ten opzichte van statines van zowel patiënten als niet-patiënten, van invloed is op de gevormde mening over statines van nieuwe patiënten. Hiermee kan het indirect van invloed zijn op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Daarmee biedt het een interessant perspectief om te bestuderen wat de houding van de gehele bevolking is.

De genoemde factoren kunnen dus invloed hebben op de overwegingen die huisartsen maken bij het komen tot bepaald voorschrijfgedrag. Dit voorschrijfgedrag kan uiteindelijk wel of niet volgens de richtlijn zijn. Afwijking van de richtlijn is toegestaan, mits hier juiste argumentatie voor is. Hierbij is echter niet duidelijk welke motivering acceptabel is of niet^[15]. Daarom kunnen huisartsen ervoor kiezen om anders voor te schrijven dan wat de richtlijn aandraagt. Dit kan het beoordelen van de kwaliteit van zorg hinderen. Daar komt bij dat in Nederland over het algemeen wordt gestreefd naar gelijke kwaliteit van zorg voor iedere patiënt^[16]. Variatie in voorschrijfgedrag is dus in principe ongewenst.

Zoals reeds is beschreven, is er in Nederland onderlinge variatie in voorschrijfgedrag tussen regio's, ondanks dat dit ongewenst is. Per regio is niet bekend wat de variatie in voorschrijfgedrag is tussen huisartsen en welke factoren deze variatie veroorzaken. Hierbij rijst dus de vraag welke factoren gerelateerd zijn aan het voorschrijfgedrag van huisartsen in iedere regio. Een regio die af zou kunnen wijken van dan de rest van Nederland is Twente. In de regio Twente ligt de mortaliteit als gevolg van HVZ vijf procent hoger dan het landelijk gemiddelde^[17]. Verder heeft de Twentse bevolking gemiddeld een lagere levensverwachting, een lagere sociaaleconomische status, minder niet-westerse allochtonen en ligt het percentage mensen met overgewicht vijf procent hoger^[18]. Twentse huisartsen kunnen dus anders voorschrijven dan huisartsen in andere regio's.

Het beschrijven van de oorzaken voor variatie voor de regio Twente kan aanknopingspunten bieden voor het afstemmen van de gezondheidszorg op de regionale behoeften. Daarom is het doel van dit onderzoek om in kaart te brengen welke factoren in Twente gerelateerd zijn aan de overwegingen van huisartsen bij het komen tot een behandelplan. Omdat hierbij zowel de karakteristieken van de huisarts, als de behandelvoorkeur van de patiënt van belang zijn, is het relevant om antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvragen:

- 1) *Welke karakteristieken van huisartsen, die van invloed kunnen zijn op voorschrijfgedrag, zijn gerelateerd aan de overwegingen die huisartsen in Twente maken om tot een behandelplan te komen omtrent cardiovasculair risicomanagement?*
- 2) *Wat is de houding van de Twentse bevolking tegenover statinetherapie ter preventie van hart- en vaatziekten?*

Antwoord op deze vragen geeft huisartsen inzicht in de eventuele invloed van hun eigen karakteristieken op hun overwegingen binnen het CVRM. Daarnaast geeft het inzicht in de houding van de Twentse bevolking als het gaat om statinetherapie. Deze inzichten kan huisartsen ondersteunen bij het maken van behandelopties, en laat hen meer bewust keuzes kunnen maken bij het opstellen van een behandelplan. Deze kennis kan daarnaast bijdragen aan het aanscherpen van de NHG-standaard voor CVRM en zo de zorg beter te laten aansluiten op de regionale patiëntenpopulatie.

2. Theoretisch kader

De totstandkoming van een behandeling bij de primaire preventie van HVZ, kent volgens de NHG-standaard voor CVRM grofweg drie onderdelen: 1) het identificeren van patiënten met een verhoogd risico op HVZ, 2) het diagnosticeren van het risico, 3) en het al dan niet kiezen voor een behandeling^[3]. Naar de invloed van karakteristieken van huisartsen op de overwegingen voor voorschrijfgedrag die zij maken binnen deze onderdelen, is weinig onderzoek gedaan. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de factoren die invloed kunnen hebben op deze overwegingen. Deze factoren zijn in dit theoretisch kader uiteengezet aan de hand van de theorie van gepland gedrag van Icek Ajzen^[19]. Deze theorie wordt in dit onderzoek gebruikt als leidraad om de overwegingen die invloed hebben op voorschrijfgedrag, en de factoren die invloed hebben op de overwegingen voor voorschrijfgedrag in kaart te brengen. De relevantie van het gebruik van dit model wordt in de volgende alinea belicht. Hierna worden per onderzoeksvraag de factoren waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op het voorschrijfgedrag onder de theorie van gepland gedrag geschaald.

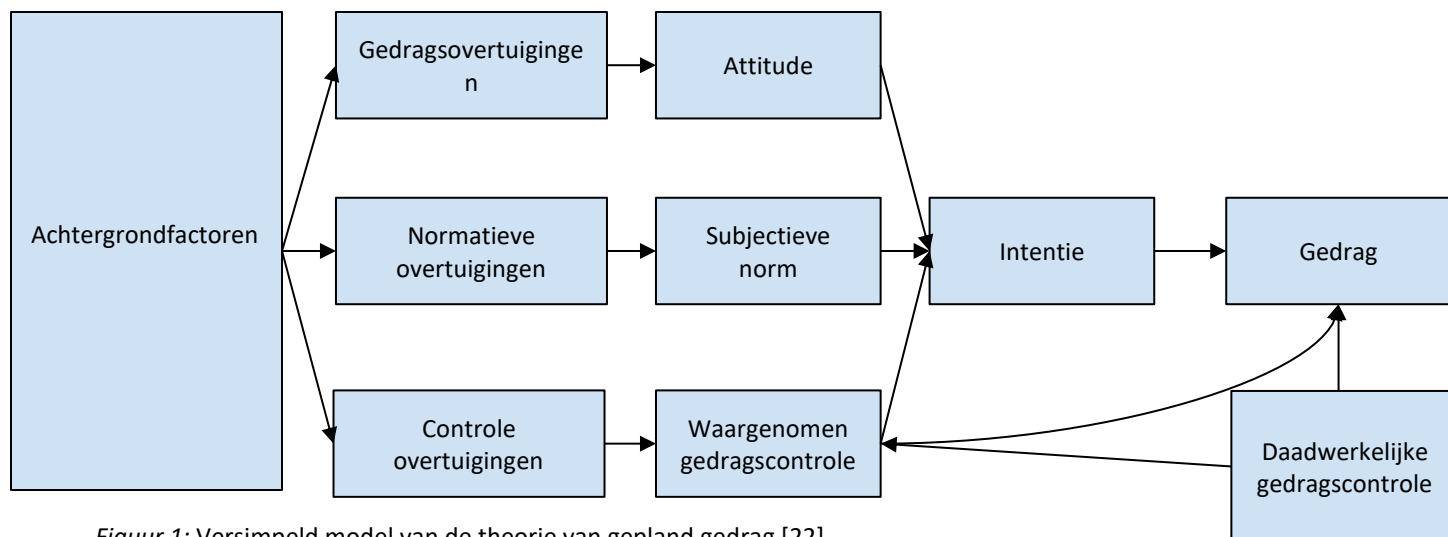
2.1 Theorie van gepland gedrag

De theorie van gepland gedrag biedt een nuttig raamwerk voor het voorspellen van gedrag en is vaak gebruikt bij het beschrijven van gedrag van zorgprofessionals^[20]. Deze theorie, die stelt dat iemands intentie de belangrijkste factor is voor gepland gedrag, biedt een geschikt model voor dit onderzoek omdat de intentie tot stand komt vanuit overwegingen die worden gemaakt^[21]. De theorie van gepland gedrag bestaat uit de volgende componenten (ook te zien in figuur 1):

- *Achtergrondfactoren* zijn (demografische)factoren die horen bij het betreffende individu. Deze factoren kunnen van invloed zijn op andere onderdelen binnen het model^[22].
- *Gedragsovertuigingen* omvatten wat een individu verwacht dat het effect is van bepaald gedrag [29].
- *Normatieve overtuigingen* zijn verwachtingen die een individu heeft dat andere, door hem belangrijk geachte mensen, zijn gedrag goed- of afkeuren^[21].
- *Controle overtuigingen* omvatten de mate waarin een individu benodigde middelen voor het uitvoeren van bepaald gedrag denkt te hebben^[21].
- *Attitude* omvat iemands houding ten opzichte van een bepaald gedrag^[21].
- *Subjectieve norm* gaat over de sociale druk die iemand voelt om iets te doen^[21].
- *Waargenomen gedragscontrole* omvat de moeite (of het gemak) dat iemand ervaart om bepaald gedrag te vertonen^[21].
- *Intenties* omvatten de motivationele factoren die gedrag beïnvloeden. Het zijn indicaties van de mate waarin mensen bepaald gedrag willen uitvoeren^[21].
- *Daadwerkelijke gedragscontrole* is de mate waarin een individu de vaardigheid, capaciteit en andere voorwaardelijke benodigdheden daadwerkelijk bezit om bepaald gedrag te vertonen^[23].
- *Gedrag* is het doen of laten van een bepaalde handeling^[21].

Zoals af te lezen is in het model (figuur 1), beïnvloeden verschillende aspecten uit het model elkaar. Zo hebben gedragsovertuigingen invloed op de attitude van een persoon. Dit geldt ook voor normatieve overtuigingen op de subjectieve norm, en controle overtuigingen op de waargenomen gedragscontrole. De afweging tussen attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole bepaalt uiteindelijk de intentie tot bepaald gedrag. De intentie is daarbij niet altijd hetzelfde als het gedrag dat daadwerkelijk

wordt uitgevoerd. Het uiteindelijke gedrag kan namelijk afwijken van iemands intentie. Dit kan mede worden veroorzaakt door de daadwerkelijke gedragscontrole.



Figuur 1: Versimpeld model van de theorie van gepland gedrag [22]

2.2 Huisartsen

In deze subparagraaf worden enkel de factoren in kaart gebracht waarvan bekend is uit de literatuur dat ze van invloed kunnen zijn op overwegingen die huisartsen maken om tot hun intentie tot voorschrijfgedrag te komen. Omdat alleen voor de onderdelen attitude, subjectieve norm en achtergrondfactoren literatuur is gevonden die specifiek voor huisartsen van toepassing is, worden de andere onderdelen van de theorie van gepland gedrag niet besproken.

Attitude

De attitude van huisartsen ten opzichte van het voorschrijven conform de richtlijn, wordt onder andere bepaald door opvattingen die zij als individu hebben over verschillende factoren. Vanuit de literatuur is bekend dat huisartsen een risicoprofiel moeten opstellen voor iedere patiënt. Hierbij moet een afweging gemaakt worden door huisartsen tussen alle risicofactoren die bekend zijn op mate van belangrijkheid. Huisartsen kunnen andere opvattingen hebben over hoe belangrijk zij de verschillende risicofactoren vinden bij het opstellen van een risicoprofiel. Deze risicofactoren zijn aangegeven in de NHG-standaard voor CVRM. Deze factoren zijn: geslacht, leeftijd, BMI, lipidenwaarden in het bloed, etniciteit, bloeddruk, voeding, roken, diabetes, polyfarmacie, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, en de uitkomst van een familieanamnese^[3].

Uit een onderzoek in Engeland is gebleken dat huisartsen zich vaker houden aan richtlijnen bij vrouwelijke- dan bij mannelijke patiënten, wanneer het gaat om het voorschrijven van medicatie voor preventie van HVZ^[24]. Hieruit kan gesuggereerd worden dat huisartsen een verschillende mening hebben over het geslacht van patiënten, wat zich kan uiten in het voorschrijfgedrag.

Subjectieve norm

De subjectieve norm van huisartsen ten opzichte van het voorschrijven conform de richtlijn, wordt onder andere bepaald door verwachtingen die zij hebben en de hoeveelheid druk die zij ervaren van wat andere partijen vinden van hun voorschrijfgedrag. Allereerst kan de kwaliteit van het regionale farmacotherapeutisch overleg (FTO) van belang zijn. Tijdens deze FTO's wordt er feedback gegeven op de aanvragen en voorschriften van de huisarts, om de effectiviteit hiervan te vergroten. In deze FTO's is nu ook een diagnostisch toetsoverleg (DTO) toegevoegd. Deze DTO's hebben ervoor gezorgd dat er kleine veranderingen zijn gekomen in het voorschrijfgedrag en aangiften van de huisartsen^[25].

Ten tweede kan financiële druk vanuit de farmaceutische industrie invloed hebben op het voorschrijfgedrag van de huisartsen. Over het algemeen heeft de prijs van een geneesmiddel een ondergeschikte rol bij het maken van een keuze voor het juiste geneesmiddel^[26,27]. Toch kunnen kosten een rol spelen. Zo zijn de patenten op atorvastatine en rosuvastatine verlopen^[10], waardoor de kosten hiervan zijn gedaald. Dit kan invloed hebben op welke statine als voorkeursmiddel wordt gebruikt^[10]. Daarnaast is wetenschappelijk bewezen dat rosuvastatine zorgt voor lagere LDL-waardes dan atorvastatine^[28]. Logischerwijs valt te verwachten dat huisartsen hierdoor andere afwegingen gaan maken omtrent hun behandelkeuzes.

Ten derde hebben ook zorgverzekeraars invloed op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Dit wordt duidelijk uit een interview met een huisarts^[29]. Hierin vertelde de huisarts het volgende: "De zorgverzekeraar met aanvullende polissen werkt zinnige en zuinige zorg tegen. In zo'n aanvullende polis worden ook onzinnige en onbewezen therapieën uitgebreid vergoed. Maar... daar is dan wel een briefje van de huisarts voor nodig. Wij worden dan belast met onzinnige dingen, waar we niet achter staan. De patiënt zegt: ik heb er recht op en de zorgverzekeraar zei dat met een briefje van de huisarts alles goed komt. Ik heb bijna elke dag wel zo'n consult." ^[29]. Hieruit wordt duidelijk dat afspraken die zijn gemaakt met zorgverzekeraars invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

Achtergrondfactoren

Er zijn een aantal karakteristieken van de huisarts, die in het vervolg van het onderzoek achtergrondfactoren worden genoemd, waarvan uit de literatuur is gebleken dat ze van invloed kunnen zijn op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Ten eerste is het geslacht van de huisarts bepalend voor hun behandelkeuzes. In een wetenschappelijk onderzoek^[21], uitgevoerd in Zweden, werd onderzocht wat verschillen waren in bloeddruk, vetcontrole en cardiovasculaire risicofactoren van patiënten met hypertensie die behandeld werden door een mannelijke- of vrouwelijke huisarts. Hieruit is gebleken dat patiënten van vrouwelijke huisartsen, zowel mannen en vrouwen, eerder de gewenste bloeddruk en cholesterolwaarden bereiken. Daarnaast bleek dat vrouwelijke huisartsen gemiddeld vaker lipide-verlagende medicijnen voorschrijven dan mannelijke huisartsen, maar gemiddeld gezien minder vaak medicijnen voorschrijven aan al hun patiënten. Uit een ander Zweeds wetenschappelijk onderzoek^[30] is gebleken dat vrouwelijke huisartsen ook vaker dieet- en gewichtsadvisen voorschrijven aan patiënten met hypertensie en obesitas dan mannelijke huisartsen.

Daarnaast is de leeftijd van de huisarts van invloed op het voorschrijfgedrag. Volgens de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen schrijven jonge- en vrouwelijke huisartsen vaker volgens de richtlijnen voor dan oudere en mannelijke huisartsen^[12]. Uit een onderzoek in Frankrijk is gebleken dat oudere mannelijke huisartsen (ouder dan 57 jaar) vaker gepatenteerde statines voorschreven dan hun jongere mannelijke collega's (46 jaar en jonger)^[31].

Naast geslacht en leeftijd, zijn er nog andere factoren die van invloed kunnen zijn op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Zo zouden huisartsen met lage werkdruk vaker gepatenteerde statines voorschrijven dan huisartsen met een hoge werkdruk^[31]. Hieruit kan worden gesuggereerd dat huisartsen met een verschillende werkdruk anders voorschrijven. Daarnaast blijkt uit recent wetenschappelijk onderzoek, uitgevoerd in Ierland, dat huisartsenpraktijken op het platteland een hogere onderlinge variatie in voorschrijfgedrag hebben dan die in steden. Praktijken die in afgelegen gebieden liggen schrijven ook minder medicijnen voor^[32]. Daarnaast kan ook de organisationele structuur van de huisartsenpraktijk bijdragen aan verschillen in voorschrijfgedrag tussen huisartsenpraktijken. Huisartsenpraktijken met meerdere huisartsen blijken minder vaak gepatenteerde statines voor te schrijven^[31]. Tenslotte blijkt vanuit de theorie van gepland gedrag dat de achtergrondfactor *ervaring* ook invloed kan hebben op het gedrag^[22]. Hieruit kan worden gesuggereerd dat het aantal jaren werkervaring als huisarts invloed kan hebben op het voorschrijfgedrag.

2.3 De Twentse bevolking

Bij het tweede onderzoek is gefocust op de houding van de Twentse bevolking ten opzichte van het gebruik van statines. In deze subparagraaf worden wederom enkel factoren besproken waarvan bekend is uit de literatuur dat die van invloed zouden kunnen zijn op deze houding. Hierin wordt eerst de attitude besproken en vervolgens de achtergrondfactoren.

Attitude

De attitude van een individu ten opzichte van statinetherapie kan door verschillende factoren worden beïnvloed. Uit onderzoek blijkt dat er drie factoren zijn die de mate van therapietrouw van een patiënt bepalen. Deze drie factoren zijn; de mate van risico dat de patiënt denkt dat hij een hart- of vaatziekte heeft, de bijwerkingen van statines en de verwachte behandelduur^[33]. De eerste factor kan binnen de theorie van gepland gedrag als achtergrondfactor worden gezien. Het is aannemelijk om te denken dat alle genoemde factoren die therapietrouw bepalen, ook invloed hebben op de attitude van patiënten ten opzichte van statines.

Achtergrondfactoren

Vanuit de literatuur is het bekend dat er een aantal achtergrondfactoren van invloed kunnen zijn op het gedrag: geslacht, leeftijd, onderwijs, en kennis. Allereerst valt over geslacht te noemen dat vrouwen eerder naar de huisarts gaan dan mannen en meer gebruik maken van primaire preventie^[34]. Dit suggereert dat vrouwen een andere houding hebben tegenover gezondheidsbevorderend gedrag. Als het gaat om leeftijd, valt op dat ouderen (≤ 65 jaar) die in Twente wonen meer moeite hebben met het begrijpen van gezondheidsinformatie dan volwassenen (19-64 jaar)^[35]. Dit suggereert dat leeftijd invloed heeft op de houding van een individu tegenover medicatie.

Vervolgens is de factor onderwijs van belang. Onderwijs biedt namelijk mogelijkheden om te leren over gezondheid en gezondheidsrisico's^[36]. Dit kan door kennis te verschaffen over gezondheid en door het aanleren van vaardigheden om wegwijs te worden met gezondheidsgerelateerde kwesties. Denk hierbij aan het leren begrijpen van bijsluiters en het effectief communiceren met zorgverleners. Mensen die weinig van deze vaardigheden bezitten, hebben minder kennis over en begrip van gezondheid, gebruiken medicijnen vaker onjuist, en kunnen minder goed bijsluiters en teksten over

gezondheid interpreteren. Ook worden zij vaker opgenomen in het ziekenhuis, gebruiken zij minder preventieve zorg, en is er sprake van een algemeen slechtere gezondheid en hogere mortaliteit onder ouderen. Hoger opgeleide mensen zijn vaker op de hoogte van gezondheidsrisico's, zijn ontvankelijker voor gezondheidsonderwijs campagnes, en vertonen minder vaak risicovol gedrag zoals roken en drinken.

Binnen de theorie van gepland gedrag is kennis over medicatie een achtergrondfactor die uiteindelijk invloed kan hebben op gedrag^[22]. Uit onderzoek blijkt dat het geven van voorlichting over medicatie, en daarna een toegepast behandelplan opstellen voor iedere patiënt resulteert in een statistisch significant positief effect op de opvattingen van patiënten over medicijnen^[37]. Het kan dus interessant zijn om te kijken of kennis over statinetherapie van de patiënt gerelateerd is aan de houding van de patiënt tegenover dit medicijn.

3. Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van beide onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van enquêtes (zie bijlage 1 en 2 voor beide enquêtes). Het onderzoeksdesign voor beide onderzoeksvragen was een dwarsdoorsnede-enquêteonderzoek. Beide enquêtes zijn gebaseerd op de theorie van gepland gedrag, waarbij het voorschrijven conform de richtlijn het gedrag in kwestie is bij onderzoeksvraag 1, en het gebruiken van statines (als dit nodig is) bij onderzoeksvraag 2. In dit onderzoek is bij beide enquêtes echter niet het uiteindelijke gedrag onderzocht, enkel factoren die gerelateerd zijn aan overwegingen, en de uitkomsten van de overwegingen (intenties), die leiden tot dit gedrag. Het doel was niet om de theorie van gepland gedrag zo compleet mogelijk te kunnen toepassen op dit onderzoek, deze is slechts gebruikt om relevante factoren in kaart te brengen. Beide enquêtes zijn opgesteld met behulp van het online programma Qualtrics.

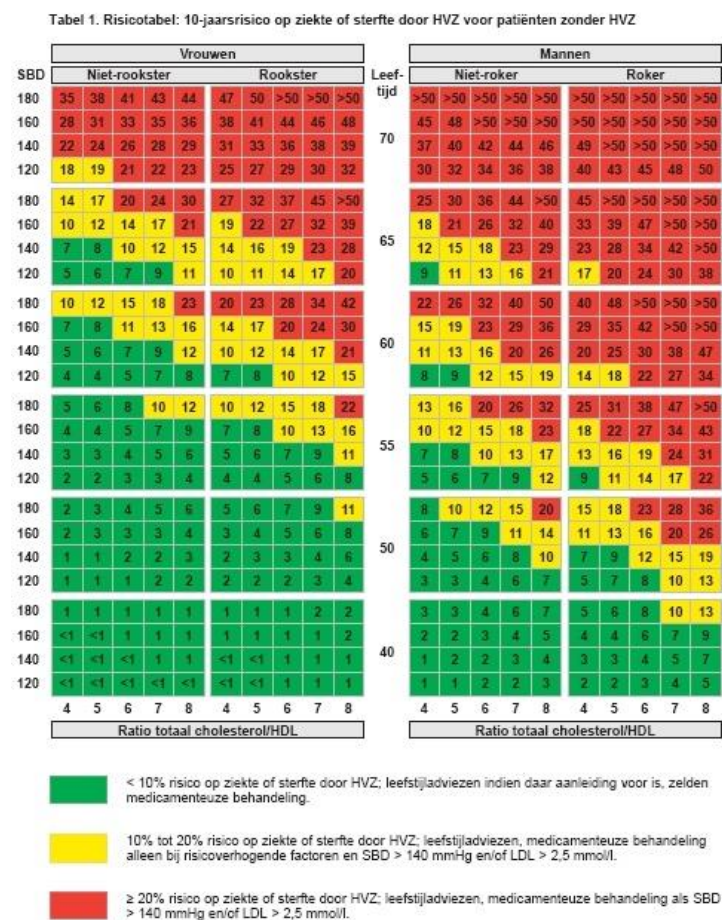
Onderzoeksvraag 1

De onafhankelijke variabelen zijn de gevonden achtergrondfactoren vanuit het theoretisch kader. Daarmee zijn in de enquête de volgende variabelen uitgevraagd: geslacht, leeftijd, het aantal jaren werkzaam als huisarts, het soort praktijk waar de arts werkt, de vestigingsplaats van de praktijk, het aantal werkuren per week, de ervaren tijdsdruk tijdens een consult, en de ervaren druk om aan belangrijke taken toe te komen. De drie laatstgenoemde variabelen vormden de invulling van de achtergrondfactor 'werkdruk' die in het theoretisch kader is beschreven. Dit is gedaan omdat de definitie die gegeven werd aan werkdruk in dit artikel^[31], niet toereikend was om een breed beeld te geven van de invloed hiervan. De definitie beperkte zich namelijk tot het aantal consulten per week. Daarnaast is in het theoretisch kader de achtergrondfactor 'ervaring' genoemd, deze vormt in dit onderzoek de variabele 'het aantal jaren werkzaam als huisarts'.

De afhankelijke variabelen waren drie aspecten van overwegingen die in dit onderzoek in kaart werden gebracht. Het eerste aspect omvatte onderwerpen die van belang kunnen zijn bij het maken van een overweging voor een behandelkeuze. Om dit te onderzoeken zijn stellingen gegeven omtrent leefstijladvies, statinetherapie, de NHG-standaard, andere partijen en de waargenomen gedragscontrole. Ondanks dat er geen huisartsspecifieke factoren zijn gevonden die invloed hebben op de waargenomen gedragscontrole, is deze laatstgenoemde wel meegenomen in dit onderzoek vanwege zijn relevantie binnen de theorie van gepland gedrag. Het tweede aspect was het resultaat van de overwegingen voor het maken van een behandelkeuze. Om dit te onderzoeken, is gebruik gemaakt van casuïstiek gebaseerd op de risicotabel voor HVZ uit de NHG-standaard (zie figuur 2). Daarvoor zijn er verschillende casussen opgesteld die de intentie tot voorschrijfgedrag achterhaalden bij verschillende risicoprofielen. Anders gezegd, werd hiermee de intentie voor voorschrijfgedrag uitgevraagd. Het derde en laatste aspect dat is geïnventariseerd, is welke risicofactoren voor HVZ het belangrijkste werden geacht voor het voorschrijven van statines of het geven van leefstijladvies. De afweging tussen deze factoren kan de attitude vormen ten opzichte van het al dan niet voorschrijven volgens de richtlijn bij patiënten met een bepaald risicoprofiel. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van rangschikkingen.

Onderzoeksvraag 2

De onderzochte variabelen van deze onderzoeksvraag waren de achtergrondfactoren van de respondenten, en de gegeven antwoorden op de stellingen in de enquête. De achtergrondfactoren waren: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, of zij reeds wisten wat statines waren, of zij statines gebruikten, en in welke mate zij dachten risico te hebben op HVZ (op een schaal van 1-10). Deze achtergrondfactoren zijn opgesteld aan de hand van de gevonden factoren die van invloed kunnen zijn op de houding ten opzichte van medicatie, uit het theoretisch kader. Ondanks dat er geen literatuur is gevonden voor de achtergrondfactor woonplaats, is deze wel uitgevraagd. Dit is gedaan omdat deze als demografisch kenmerk ook relevant was voor de huisartsen-enquête. De stellingen waren gebaseerd op de volgende onderwerpen omtrent de intentie voor-, en de attitude tot het gebruiken van statines: de bereidheid om statines te gebruiken, bijwerkingen, de verwachte behandelingsduur, de voor- en nadelen van statines, het voorschrijfgedrag van huisartsen, en de mening ten opzichte van statines in zijn geheel. De eerste drie onderwerpen zijn opgesteld aan de hand van de informatie uit het kopje attitude uit het theoretisch kader. De overige onderwerpen zijn vanuit verwachte relevantie opgesteld.



Figuur 2: Risicotabel voor hart- en vaatziekten [3]

3.2 Onderzoekspopulatie

Onderzoeksvraag 1

De onderzoekspopulatie voor deze onderzoeksvraag omvatte alle huisartsen die bij FEA en THOON waren aangesloten. Dit zijn Twentse huisartsenorganisaties die de bij hen aangesloten huisartsen ondersteunen bij het verlenen van goed afgestemde zorg aan de patiënt. In maart 2018 waren er 95 huisartsen bij FEA aangesloten en 191 huisartsen bij THOON^[38,39]. Dit maakte een totale onderzoekspopulatie van 286 huisartsen. Er werd gewerkt met een foutmarge van 7% en een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Dit houdt in dat de vereiste steekproefgrootte 118 was.

Het verkrijgen van respondenten is gedaan op twee manieren. Alle huisartsen die aangesloten zijn bij FEA kregen een mail die door de externe tutor (Twentse huisarts, FEA) werd rondgestuurd. In deze mail stond informatie over het onderzoek en een link naar de enquête. Daarnaast werd de link van de enquête in de nieuwsbrief van THOON gezet, zodat ook alle huisartsen die hieronder vallen werden bereikt. Er is na de eerste verspreiding nogmaals een herinneringsmail uitgegaan binnen FEA, en een herinnering in een nieuwe nieuwsbrief binnen THOON. De inclusiecriteria die zijn verbonden voor het deelnemen aan de enquête waren dat de respondent een huisarts moet zijn en die werkzaam is in de regio Twente. Elke deelnemer die hier niet aan voldeed werd geëxcludeerd.

Onderzoeksvraag 2

De onderzoekspopulatie voor deze onderzoeksvraag betrof de gehele bevolking in Twente. Om een helder beeld te krijgen van deze onderzoekspopulatie, worden kort de demografische factoren geschetst. In 2017 was de populatie in Twente 627.209 mensen en was de man-vrouwverhouding gelijk^[35]. De spreiding van de leeftijd is als volgt: 0-14 jaar (16,5%), 15-34 jaar (24,2%), 35-49 jaar (19,4%), 50-64 jaar (20,4%), 65-79 jaar (14,8%) en 80 jaar of ouder (4,7%)^[35]. Voor het berekenen van de steekproefgrootte werd bij deze onderzoeksvraag een foutmarge van 5% en een betrouwbaarheid van 95% gehanteerd. Daarvoor was een steekproef van 385 vereist.

De distributie van de enquête is op twee manieren gebeurd, namelijk via huisartsenpraktijken en online. In de huisartsenpraktijken deelden de praktijkondersteuners de enquête bij binnenkomst op papier uit aan alle patiënten. Bij de online verspreiding is gebruik gemaakt van Facebook, waarbij respondenten via een anonieme link konden deelnemen aan de enquête. De inclusiecriteria waren dat de respondent ouder moest zijn dan 18 jaar en woonachtig was in de regio Twente. Respondenten die niet voldeden aan deze criteria, zijn uit het onderzoek geëxcludeerd.

3.3 Dataverzameling

Onderzoeksvraag 1

Alvorens de enquête werd rondgestuurd naar de onderzoekspopulatie, werd eerst een pilot gehouden. Deze pilot werd gestuurd naar medestudenten, familieleden en kennissen van de onderzoekers, waaronder mensen met ervaring in de zorg. De respondenten kregen aan het einde de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen over de pilot. De pilot werd uiteindelijk ingevuld door 25 mensen, waaronder de begeleiders van deze scriptie, medestudenten, familieleden, en kennissen in de zorgsector. Omwille van de overzichtelijkheid voor de respondenten is zowel deze pilot als de definitieve enquête bij de

distributie gecombineerd met die van een andere onderzoeksgroep. Respondenten konden hierdoor in één maal aan beide enquêtes deelnemen.

De enquête had vier onderdelen: acht vragen over achtergrondfactoren, 20 stellingen, zeven casussen en twee rangschikkingen. Voor de stellingen (tabel 1) moesten respondenten reageren op een vijfpunts-likertschaal met de categorieën: '1) Zeer mee eens, 2) Eens, 3) Neutraal, 4) Oneens, en 5) Zeer mee oneens'. Op één stelling na, zijn de stellingen te verdelen onder de onderdelen van de theorie van gepland gedrag (tabel 1). Bij de casussen (tabel 2) moesten respondenten telkens kiezen uit vier verschillende behandelingsmogelijkheden: 1) statinetherapie, 2) andere medicatie, namelijk: ____, 3) leefstijladvies, en 4) statinetherapie in combinatie met leefstijladvies. Doordat er een fout was ontdekt in de vijfde casus, is deze geëxcludeerd uit het onderzoek. Bij de rangschikkingen moesten respondenten een volgorde aangeven van welke risicofactoren voor HVZ zij als het meest belangrijk beschouwden bij enerzijds het voorschrijven van statines, anderzijds het geven van leefstijladvies. Bij beide rangschikkingen werd de respondenten gevraagd tien risicofactoren op mate van belangrijkheid worden gezet. De risicofactoren waren: alcohol, BMI, diabetes, etnische afkomst, geslacht, hypertensie, LDL-waarde, leeftijd, polyfarmacie en roken. De responstijd voor deze enquête bedroeg vier weken.

Tabel 1: *Hercodering stellingen, gecategoriseerd per onderwerp en per onderdeel van de theorie van gepland gedrag (TGG)*

Stellingen	TGG	Nummer
Leefstijladvies		
<i>Ik vind het geven van leefstijladvies van primair belang</i>	<i>Attitude</i>	<i>1</i>
<i>Ik geef iedere patiënt bij het eerste consult in ieder geval leefstijladvies</i>	<i>Intentie</i>	<i>2</i>
<i>Ik ben eerder geneigd om leefstijladvies te geven aan vrouwelijke patiënten dan aan mannelijke patiënten</i>	<i>Intentie</i>	<i>3</i>
<i>Ik geef patiënten van 70 jaar en ouder geen leefstijladvies</i>	<i>Intentie</i>	<i>4</i>
Statinetherapie		
<i>Ik vind dat statinetherapie vaker voorgeschreven zou moeten worden</i>	<i>Attitude</i>	<i>5</i>
<i>Ik ben een voorstander van statinetherapie</i>	<i>Attitude</i>	<i>6</i>
<i>Ik ben geneigd om eerder statines voor te schrijven dan strikt nodig</i>	<i>Intentie</i>	<i>7</i>
NHG-standaard		
<i>Ik vind de inhoud van de NHG-standaard voor CVRM nuttig</i>	<i>Attitude</i>	<i>8</i>
<i>Ik vind de inhoud van de NHG-standaard voor CVRM volledig</i>	<i>Attitude</i>	<i>9</i>
<i>Ik vind de NHG-standaard voor CVRM makkelijk te lezen</i>	<i>Attitude</i>	<i>10</i>
<i>Ik vind dat simvastatine terecht het voorkeursmiddel is in de NHG-standaard</i>	<i>Attitude</i>	<i>11</i>
Andere partijen		
<i>Ik vind het meewerken aan een farmacotherapeutisch overleg nutteloos en denk niet dat het helpt mijn behandelkeuzes te verbeteren</i>	<i>Gedragsovertuiging</i>	<i>12</i>
<i>De afspraken met zorgverzekeraars zijn leidend bij het opstellen van het behandelplan.</i>	<i>Subjectieve norm</i>	<i>13</i>
<i>Ik ga altijd mee met de voorkeuren die de patiënt heeft bij het opstellen van het behandelplan</i>	<i>Subjectieve norm</i>	<i>14</i>
<i>Vanuit gesprekken met een vertegenwoordiger van de farmaceutische industrie ontdek ik regelmatig nieuwe mogelijkheden voor medicatievoorschriften die ik kan gebruiken in mijn praktijk</i>	<i>Overig</i>	<i>15</i>
<i>Ik stem samen met mijn collega huisartsen af aan welk behandelplan we de voorkeur geven</i>	<i>Subjectieve norm</i>	<i>16</i>

in onze praktijk(en)		
Waargenomen gedragscontrole (WGC)		
<i>Ik ben in staat om aan iedere patiënt passend leefstijladvies te geven</i>	WGC	17
<i>Ik ben in staat om aan iedere patiënt de juiste statinetherapie voor te schrijven</i>	WGC	18
<i>Als ik het niet eens ben met de behandelvoorkeuren van de patiënt, vind ik het makkelijk om diegene te overtuigen van wat ik denk dat de beste keuze is</i>	WGC	19
<i>Ik ben ervan overtuigd dat ik voor iedere patiënt binnen het CVRM een juist behandelplan kan opstellen</i>	WGC	20

Tabel 2: Hercodering casussen

Casus	Nummer	Casus	Nummer
- Man - Rookt - 55 jaar - SBD van 140 - Cholesterolratio van 4 - 13% kans op ziekte of sterfte door HVZ - Gele gebied risicotabel	1.	- Man - Rookt niet - 60 jaar - SBD van 160 - Cholesterolratio van 8 - 36 % kans op ziekte of sterfte door HVZ - Rode gebied risicotabel	6.
- Man - Rookt niet - 55 jaar - SBD van 140 - Cholesterolratio van 7 - 13% kans op ziekte of sterfte door HVZ - Gele gebied risicotabel	2.	- Vrouw - Rookt - 65 jaar - SBD van 160 - Cholesterolratio van 8 - 39% kans op ziekte of sterfte door HVZ - Rode gebied risicotabel	7.
- Vrouw - Rookt - 60 jaar - SBD van 140 - Cholesterolratio van 5 - 12% kans op ziekte of sterfte door HVZ - Gele gebied risicotabel	3.	- Vrouw - Rookt niet - 70 jaar - SBD van 160 - Cholesterolratio van 8 - 36% kans op ziekte of sterfte door HVZ - Rode gebied risicotabel	8.
- Vrouw - Rookt niet - 60 jaar - SBD van 140 - Cholesterolratio van 8 - 12% kans op ziekte of sterfte door HVZ - Gele gebied risicotabel	4.		

Onderzoeksvraag 2

De enquête voor de tweede onderzoeksvraag was zo opgesteld dat mensen die van tevoren geen kennis hadden over statines, deze toch in konden vullen. Dit werd gedaan door informatie te verstrekken over de werking, bijwerkingen en risico's van het gebruiken van statines. Voor de stellingen 1 t/m 5 (tabel 3) waren de antwoordcategorieën wederom een vijfpunts-likertschaal van '1) Zeer mee eens, 2) Eens, 3) Neutraal, 4) Oneens, en 5) Zeer mee oneens'. De vraag over de houding van het individu tegenover statinetherapie was een meerkeuzevraag met de antwoordcategorieën: '1) Niet goed, het is gevaarlijk, 2) Niet goed, maar het is soms nodig, en 3) Goed, het is nuttig'. De responstijd voor deze enquête bedroeg drie weken.

Tabel 3: *Stellingen enquête bevolkingsonderzoek, toegespitst naar onderdelen van de theorie van gepland gedrag (TGG)*

Nr.	Stelling	TGG
1	<i>Ik vind de bijwerkingen van statines zorgwekkend</i>	<i>Attitude</i>
2	<i>Ik ben bereid om statines te slikken (wanneer dit nodig blijkt te zijn), ook al moet ik dit dan voor de rest van mijn leven doen.</i>	<i>Intentie</i>
3	<i>Ik vind de voordelen van statinetherapie zwaarder wegen dan de nadelen.</i>	<i>Attitude</i>
4	<i>Ik vind dat huisartsen vaker statines voor moeten schrijven.</i>	<i>Attitude</i>
5	<i>Ik zal altijd zonder twijfel het advies van mijn huisarts opvolgen over het (eventuele) gebruik van statines.</i>	<i>Intentie</i>
6	<i>Ik vind het gebruik van statines...</i>	<i>Attitude</i>

3.4 Ethische beschouwing

Dit onderzoek was gebonden aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). Alle informatie die uit de enquêtes werd verzameld is beveiligd opgeslagen. Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit BMS (The Faculty of Behavioural, Management and Social sciences) van de Universiteit Twente.

3.5 Statistische analyse

Alle data is verwerkt in SPSS. De analyses voor de stellingen en casussen uit onderzoeksvraag 1, en alle analyses uit onderzoeksvraag 2 zijn uitgevoerd in SPSS. De data van de rangschikkingen is vanuit SPSS verplaatst naar Excel, hier is het verder geanalyseerd.

3.5.1. Onderzoeksvraag 1

Er werden beschrijvende analyses uitgevoerd van de achtergrondfactoren van de respondenten. Dit is gedaan door de aantallen en percentages van deze achtergrondfactoren weer te geven. De achtergrondfactoren zijn in verschillende categorieën gedeeld. De leeftijd, aantal werkuren per week, en het aantal jaren werkzaam als huisarts zijn in vier subcategorieën gedeeld, gebaseerd op hun gemiddelde en standaarddeviatie. De achtergrondfactor subjectieve werkdruk werd opgedeeld in de categorieën; een score lager of gelijk aan 10, en een score hoger dan 10. Als laatste zijn de overige categorieën van de achtergrondfactoren als volgt ingedeeld: geslacht (man/vrouw/anders), ligging van de praktijk (stad/platteland) en het soort praktijk (solo-/duo- of groepspraktijk).

Als eerste worden de stellingen besproken. De uitkomstmaat is hierbij de invloed van de achtergrondfactoren op de gegeven antwoorden bij de stellingen. Hiervoor werden voor alle achtergrondfactoren kruistabellen gemaakt van alle antwoordcategorieën (zie bijlage 3), waarover een chi-kwadraattoets met een Fisher exact test is uitgevoerd. Hierbij werd een $\alpha=0,05$ gehanteerd. De antwoordoptie 'Niet van toepassing' is bij deze analyse niet meegenomen. Daarnaast is het gemiddelde antwoord met bijbehorende standaardafwijking gegeven voor iedere stelling, opgesplitst naar iedere achtergrondfactor. Als laatste zijn eventuele opvallende resultaten van deze analyses beschreven.

Naast de stellingen is gebruik gemaakt van casussen. De uitkomstmaat voor de casussen was de invloed van de achtergrondfactoren van huisartsen op de gekozen behandeling. Eerst werd met behulp van kruistabellen een overzicht gegeven van alle gegeven antwoorden per casus, uitgesplitst naar alle achtergrondfactoren. Deze kruistabellen zijn getoetst met behulp van een chi-kwadraattoets met een Fisher exact test. Hierbij is ook een $\alpha=0,05$ gehanteerd. Hier werden wederom eventuele opvallende

resultaten beschreven. De ingevulde antwoorden op de stelling ‘andere medicatie, namelijk:’ staan weergegeven in bijlage 3.

Als laatst zijn er rangschikkingen gebruikt in de enquête. Hierbij werd geanalyseerd wat de gemiddelde top drie was van beide rangschikkingen. Dit is gedaan met behulp van Excel. De risicofactor die op de eerste plek werd geschaald, kreeg een score van 10 punten toegewezen in Excel. Zo kreeg de risicofactor die op de tweede plek stond 9 punten en die op de derde plek 8 etc. Dit is gedaan om de eerste plekken zwaarder mee te laten tellen dan de laatste plekken. Daarna werden beide rangschikkingen uitgesplitst per achtergrondfactor.

Na het uitvoeren van alle statistische analyses bij de stellingen en casussen is er een post-hoc poweranalyse verricht. Dit is gedaan om te bepalen hoeveel zeggingskracht de uitkomst van de statistische analyse heeft. De power wordt als veelzeggend beschouwd indien deze hoger is dan 80%. Alle power die lager is dan 80% werd als nietszeggend beschouwd. Er waren uiteindelijk 41 respondenten. De power van de gevonden statistische uitkomsten van de achtergrondfactor ‘geslacht’ was bij de stellingen 34%, en bij de casussen 31%. Omdat deze variabele het meest gelijk verdeeld was, kon worden gezegd dat de power van de overige variabelen ofwel gelijk of lager was. Hiermee kan worden geconcludeerd dat de gevonden uitkomsten van de statistische analyse nietszeggend waren.

3.5.2. Onderzoeksvraag 2

Voor de tweede onderzoeksvraag is beschrijvende statistiek uitgevoerd. In de primaire analyse zijn de achtergrondfactoren van de steekproef beschreven. Dit werd gedaan door de aantallen van deze achtergrondfactoren weer te geven. De categorieën waren: geslacht, leeftijd (18-34, 35-49, 50-65, 66-80 en >80), woonplaats (stad/platteland), gebruik van statines, hoogst afgeronde opleidingsniveau, bekend met statines (ja/nee), risicoschatting (≤ 5 / > 5), ingevuld (papier/online). Naast het beschrijven van deze achtergrondfactoren werd het gemiddelde antwoord met bijbehorende standaardafwijking per stelling weergegeven. Hiervoor zijn de opties ‘Zeer mee oneens’ en ‘Oneens’ zijn samengevoegd tot de categorie ‘(Zeer) mee oneens (1)’. De opties ‘Eens’ en ‘Zeer mee eens’ zijn samengevoegd tot de categorie ‘(Zeer) mee eens (3)’. De antwoordopties ‘Neutraal (2)’ is hetzelfde gebleven. De optie ‘Weet ik niet’ is bij de berekenen van het gemiddelde niet meegenomen.

Naast deze primaire analyse, is ervoor gekozen om een secundaire analyse uit te voeren. Omdat er aanleiding is vanuit het theoretisch kader dat respondenten met verschillende achtergrondfactoren een verschillende houding hebben, werd dit getoetst met behulp van een chi-kwadraattoets. Hierbij werd ook een $\alpha=0,05$ gehanteerd.

3.6 Definities

Stad of platteland: Onder de categorie ‘stad’ werden de volgende plaatsen geschaald: Almelo, Enschede, Hengelo en Oldenzaal. Onder de categorie ‘platteland’ werden alle overige plaatsen geschaald. De categorie ‘stad’ voldeed aan het criterium van meer dan 30.000 inwoners, de categorie ‘platteland’ bedroeg plaatsen met minder dan 30.000 inwoners.

Subjectieve werkdruk: De achtergrondfactor ‘subjectieve werkdruk’ is de som van de gekozen waarden van de respondenten op de vragen: ‘In hoeverre heeft u in de afgelopen week tijdsdruk ervaren tijdens een consult met een patiënt?’ en ‘In hoeverre heeft u de afgelopen week het gevoel gehad dat u niet aan

uw belangrijkste taken toekwam op uw werk?'. Hierin werd onderscheid gemaakt tussen een totale score van 10 en lager, en een totale score van hoger dan 10.

Risicoschatting op HVZ: De achtergrondfactor 'risicoschatting op HVZ' was een zelfinschatting van de respondent op het krijgen van een hart- of vaatziekte. Deze werd in twee categorieën opgedeeld. Een score van ≤ 5 betekende een laag zelf-ingeschat risico op HVZ, en een score van >5 betekende een hoog zelf-ingeschat risico op HVZ.

4. Resultaten

4.1 Resultaten huisartsen-enquête

Als eerste zullen de resultaten van de eerste onderzoeksvraag worden besproken. In tabel 4 is beschreven wat de achtergrondfactoren van alle respondenten zijn. Bij tabel 5, 6 en 7 is gebruik gemaakt van de hercodering, de is weergegeven tabel 1 en 2.

Tabel 4: *Achtergrondfactoren van de deelnemers huisarts-enquête: (N=41)*

Achtergrondfactor	Aantal		Achtergrondfactor	Aantal
Geslacht			Stad of platteland	
Man	19 (46,3%)		Stad	18 (43,9%)
Vrouw	22 (53,7%)		Platteland	23 (56,1%)
Anders	0 (0,0%)		Aantal werkuren per week	
Leeftijd			<27	5 (12,2%)
<37	5 (12,2%)		27-39	17 (41,5%)
37-46	16 (39,0%)		40-52	12 (29,3%)
47-56	15 (36,6%)		>52	7 (17,1%)
>56	5 (12,2%)		Aantal jaren werkervaring	
Soort huisartsenpraktijk			<5	8 (19,5%)
Solopraktijk	13 (31,7%)		5-15	15 (36,6%)
Duo- of groepspraktijk	28 (68,3%)		16-26	14 (34,1%)
Subjectieve werkdruk			>26	4 (9,8%)
≤10	14 (34,1%)			
>10	27 (65,9%)			

In tabel 5 en 6 zijn de gemiddelde antwoorden op de stellingen, uitgesplitst naar achtergrondfactor, weergegeven. De uitkomst van de chi-kwadraat toets, uitgevoerd over de kruistabellen, is weergegeven in de tabel van de gemiddelden. Hierbij kwamen twee statistisch significante verschillen naar voren tussen achtergrondfactoren en stellingen (tabel 5 en 6). Respondenten die werkzaam waren in een solopraktijk gaven statistisch significant vaker aan mee te gaan met de voorkeuren die de patiënt heeft bij het opstellen van het behandelplan, dan huisartsen die werkzaam waren in een duo- of groepspraktijk. Daarnaast gaven respondenten met een hoge subjectieve werkdruk (>10) vaker aan het eens te zijn met de stelling: 'Ik stem samen met mijn collega huisartsen af aan welk behandelplan we de voorkeur geven in onze praktijk(en)'. Naast de significante verschillen, zijn er nog andere noemenswaardige patronen te zien. Op stelling 18, waarin wordt gesteld dat de respondent zichzelf in staat acht om juiste statinetherapie voor te schrijven, reageerden mannen meer instemmend dan vrouwen. De antwoorden van de achtergrondfactor 'leeftijd' laten bij twee stellingen verschillen zien. Op stelling 11, waarin wordt gesteld dat simvastatine het terechte voorkeursmiddel is in de NHG-standaard, reageerde de oudste leeftijdscategorie meer instemmend dan de overige categorieën. Daarnaast wordt in stelling 13 gesteld dat de afspraken met de zorgverzekeraar leidend zijn bij het opstellen van een behandelplan. De jongste en oudste groep respondenten reageerden negatiever op deze stelling dan de huisartsen tussen deze categorieën in. Daarnaast lijkt er een patroon zichtbaar bij

stelling 11, uitgesplitst naar '*aantal werkuren per week*'. Hoe meer werkuren per week een respondent had, hoe meer instemmend hij op deze stelling reageerde. Tenslotte werd op stelling 12, die stelde dat het farmacotherapeutisch overleg nutteloos is, en niet bijdraagt aan het verbeteren van behandelkeuzes, anders gereageerd bij de categorieën van de achtergrondfactor '*stad of platteland*'. Respondenten van wie de praktijk zich bevond op het platteland, reageerden meer instemmend dan respondenten van wie de praktijk zich bevond in de stad.

Tabel 5: Meningen van de huisartsen op alle stellingen (1) (N=41)

Stellingen → Achtergrond- factoren ↓		1.			2.			3.			4.			5.			6.			7.			8.			9.			10.		
		μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n
Geslacht																															
	Man	4,6	0,6	19	4,2	0,7	19	1,6	0,6	19	1,7	0,7	19	2,5	0,8	19	3,3	0,9	19	1,8	0,8	19	3,9	0,5	19	3,3	0,8	19	3,4	0,8	19
	Vrouw	4,7	0,5	22	4,3	0,8	22	1,6	0,7	22	1,6	0,7	22	2,4	0,7	22	3,4	0,7	22	1,6	0,6	22	4,1	0,5	22	3,4	0,7	22	3,4	1,0	22
Leeftijd																															
	<37	4,8	0,4	5	4,2	0,4	5	1,6	0,5	5	1,8	0,8	5	2,6	0,9	5	3,8	0,4	5	1,6	0,5	5	4,0	0,0	5	2,8	0,8	5	3,4	1,3	5
	37-46	4,5	0,6	16	4,2	0,8	16	1,7	0,7	16	1,8	0,7	16	2,4	0,9	16	3,4	0,8	16	1,7	0,7	16	4,0	0,5	16	3,5	0,5	16	3,2	0,9	16
	47-56	4,7	0,5	15	4,3	0,8	15	1,7	0,6	15	1,6	0,6	15	2,3	0,6	15	3,1	0,7	15	1,7	0,6	15	4,1	0,6	15	3,3	0,9	15	3,5	0,8	15
	>56	4,8	0,5	5	4,4	0,6	5	1,2	0,4	5	1,4	0,5	5	2,6	0,9	5	3,4	0,9	5	2,2	0,8	5	4,0	0,0	5	3,6	0,9	5	3,6	0,9	5
Soort praktijk																															
	Solopraktijk	4,6	0,5	13	4,2	0,7	13	1,6	0,5	13	1,6	0,7	13	2,5	0,8	13	3,3	0,9	13	1,9	0,7	13	4,0	0,4	13	3,3	0,8	13	3,7	0,9	13
	Duo- /groepspraktijk	4,6	0,6	28	4,3	0,8	28	1,6	0,7	28	1,7	0,7	28	2,4	0,8	28	3,4	0,7	28	1,7	0,7	28	4,0	0,5	28	3,4	0,8	28	3,3	0,9	28
Subjectieve werkdruk																															
	≤10	4,6	0,6	14	4,2	0,7	14	1,6	0,6	14	1,8	0,6	14	2,6	0,8	14	3,3	0,7	14	1,7	0,7	14	3,9	0,5	14	3,4	0,6	14	3,6	0,6	14
	>10	4,7	0,5	27	4,3	0,8	27	1,6	0,6	27	1,6	0,7	27	2,3	0,8	27	3,4	0,8	27	1,7	0,7	27	4,1	0,5	27	3,4	0,8	27	3,3	1,0	27
Stad of platteland																															
	Stad	4,8	0,4	18	4,3	0,6	18	1,6	0,7	18	1,8	0,7	18	2,3	0,8	18	3,0	0,8	18	1,7	0,7	18	3,9	0,5	18	3,3	0,8	18	3,4	0,9	18
	Platteland	4,5	0,6	23	4,2	0,8	23	1,6	0,6	23	1,6	0,6	23	2,5	0,8	23	3,5	0,7	23	1,7	0,7	23	4,1	0,5	23	3,4	0,7	23	3,4	0,9	23
Aantal werkuren per week																															
	<27	4,6	0,5	5	4,0	0,7	5	1,4	0,5	5	1,6	0,9	5	2,8	0,4	5	3,2	0,4	5	1,8	0,8	5	4,2	0,4	5	3,6	0,5	5	3,6	0,5	5
	27-39	4,7	0,5	17	4,3	0,8	17	1,7	0,7	17	1,5	0,5	17	2,4	0,8	17	3,4	0,7	17	1,7	0,7	17	4,0	0,4	17	3,6	0,7	17	3,4	0,9	17
	40-52	4,4	0,7	12	4,3	0,6	12	1,7	0,7	12	1,8	0,6	12	2,2	0,7	12	3,3	0,8	12	1,4	0,5	12	4,1	0,7	12	2,9	0,8	12	3,4	1,1	12
	>52	4,9	0,4	7	4,3	0,8	7	1,6	0,5	7	1,9	0,9	7	2,7	1,0	7	3,6	1,1	7	2,3	0,5	7	3,9	0,4	7	3,4	0,8	7	3,3	1,0	7
Aantal jaren werkervaring																															
	<5	4,8	0,5	8	4,0	0,9	8	1,5	0,5	8	1,6	0,7	8	2,5	0,8	8	3,6	0,5	8	1,6	0,5	8	4,1	0,4	8	3,0	0,8	8	3,6	1,0	8
	5-15	4,5	0,5	15	4,1	0,7	15	1,7	0,6	15	1,8	0,8	15	2,5	0,9	15	3,2	0,9	15	1,7	0,8	15	3,9	0,5	15	3,7	0,5	15	3,3	1,0	15
	16-26	4,6	0,6	14	4,5	0,7	14	1,6	0,7	14	1,6	0,5	14	2,4	0,7	14	3,5	0,9	14	1,7	0,6	14	4,1	0,6	14	3,2	0,9	14	3,4	0,8	14
	>26	4,8	0,5	4	4,3	0,5	4	1,3	0,5	4	1,5	0,6	4	2,3	0,5	4	3,0	0,0	4	2,0	0,8	4	4,0	0,0	4	3,5	1,0	4	3,5	1,0	4
Totaal respons (n)		4,6	0,5	41	4,2	0,7	41	1,6	0,6	41	1,7	0,7	41	2,4	0,8	41	3,4	0,8	41	1,7	0,7	41	4,0	0,5	41	3,4	0,8	41	3,4	0,9	41

* = P < 0,05

1-1,7 = Zeer mee oneens

1,8 - 2,5 = Oneens

2,6-3,4 = Neutraal

3,5 - 4,2 = Eens

4,3 - 5,0 = Zeer mee eens

Tabel 6: Meningen van de huisartsen op alle stellingen (2): (N=41)

Stellingen → Achtergrond- factoren↓		11.			12.			13.			14.			15.			16.			17.			18.			19.			20.		
		μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n			
Geslacht																															
	Man	3,7	0,8	19	1,8	0,4	18	2,6	0,9	18	2,7	0,8	18	2,3	1,3	16	3,4	1,0	18	3,7	0,7	18	3,7	0,7	18	3,3	0,8	18	3,1	0,8	18
	Vrouw	3,3	0,6	22	1,7	0,7	21	2,6	1,0	22	2,9	0,8	22	1,9	1,0	17	3,8	0,8	21	3,3	1,0	21	3,1	0,9	21	3,0	0,8	21	3,1	1,1	21
Leeftijd																															
	<37	3,6	0,5	5	2,6	1,3	4	1,8	0,8	5	3,0	0,7	5	2,0	1,0	3	3,6	0,5	5	3,6	0,9	5	3,2	0,8	5	3,2	0,8	5	3,0	1,0	5
	37-46	3,4	0,8	16	1,7	0,5	15	2,7	0,9	15	2,6	0,7	15	1,9	0,9	11	3,7	0,8	14	3,6	0,9	14	3,4	0,9	14	3,2	0,6	14	3,3	1,1	14
	47-56	3,4	0,7	15	1,7	0,5	15	2,8	1,0	15	2,9	0,8	15	2,1	1,3	15	3,6	1,0	15	3,3	1,0	15	3,3	0,9	15	3,1	1,0	15	3,0	0,9	15
	>56	4,2	0,4	5	1,8	0,4	5	2,2	0,8	5	2,8	0,8	5	2,5	1,3	4	3,8	1,1	5	3,8	0,4	5	3,6	0,9	5	3,0	1,0	5	3,2	0,8	5
Soort praktijk																															
	Solopraktijk	3,5	0,8	13	2,0	0,7	13	2,6	1,0	13	3,2*	0,8*	13	2,6	1,3	10	3,3	1,0	12	3,4	0,9	12	3,4	0,9	12	3,0	1,0	12	3,3	0,9	12
	Duo- /groepspraktijk	3,5	0,7	28	1,7	0,5	26	2,6	0,9	27	2,6*	0,6*	27	1,9	1,0	23	3,7	0,8	27	3,5	0,9	27	3,4	0,8	27	3,2	0,7	27	3,0	1,0	27
Subjectieve werkdruk																															
	≤10	3,4	0,9	14	1,9	0,4	14	2,5	0,9	14	2,8	0,8	14	2,5	1,1	13	3,2*	1,1*	14	3,5	0,8	14	3,4	0,9	14	3,4	0,6	14	3,4	0,8	14
	>10	3,6	0,6	27	1,7	0,7	25	2,6	1,0	26	2,8	0,8	26	1,8	1,1	20	3,8*	0,7*	25	3,5	1,0	25	3,3	0,9	25	3,0	0,8	25	3,0	1,0	25
Stad of platteland																															
	Stad	3,6	0,8	18	1,9	0,3	16	2,4	0,9	17	2,7	0,7	17	2,4	1,2	15	3,4	0,9	17	3,6	1,0	16	3,4	0,9	16	3,3	0,8	16	3,5	0,9	16
	Platteland	3,4	0,7	23	3,7	0,7	23	2,7	1,0	23	2,8	0,8	23	1,8	1,0	18	3,8	0,8	22	3,4	0,8	23	3,4	0,8	23	3,0	0,8	23	2,9	0,9	23
Aantal werkuren per week																															
	<27	2,8	0,4	5	2,0	0,0	5	2,8	0,8	5	2,2	0,4	5	2,8	0,8	5	3,4	0,9	5	3,5	1,3	4	3,3	1,0	4	3,0	0,8	4	3,5	1,3	4
	27-39	3,5	0,6	17	1,7	0,8	16	2,7	0,9	17	2,8	0,7	17	2,0	1,2	12	3,8	0,6	17	3,6	0,9	17	3,4	0,9	17	3,1	0,7	17	3,1	1,0	17
	40-52	3,6	0,7	12	1,8	0,5	12	2,3	1,1	12	2,8	0,8	12	1,8	1,2	11	3,4	1,2	11	3,3	0,9	12	3,4	0,8	12	3,3	0,7	12	3,3	0,9	12
	>52	3,9	1,1	7	3,0	0,9	6	2,7	1,0	6	3,0	0,9	6	2,2	1,1	5	3,3	0,8	6	3,5	0,5	6	3,2	1,0	6	3,0	1,3	6	2,8	1,0	6
Aantal jaren werkervaring																															
	<5	3,6	0,5	8	2,0	1,0	7	2,1	0,8	8	2,9	0,6	8	2,6	1,1	5	3,6	0,5	8	3,8	0,9	8	3,5	0,8	8	3,3	0,7	8	3,3	1,2	8
	5-15	3,3	0,9	15	1,7	0,5	14	2,9	0,9	14	2,7	0,8	14	2,0	1,2	12	3,5	1,1	13	3,2	0,9	13	3,3	0,9	13	3,2	0,7	13	3,0	1,0	13
	16-26	3,6	0,8	14	1,7	0,5	14	2,6	1,1	14	2,8	0,8	14	2,0	1,2	13	3,8	0,8	14	3,5	1,0	14	3,3	0,9	14	3,1	1,0	14	3,2	0,8	14
	>26	4,0	0,0	4	1,8	0,5	4	2,5	0,6	4	2,8	1,0	4	2,0	1,0	3	3,5	1,3	4	3,8	0,5	4	3,5	1,0	4	2,8	1,0	4	3,0	0,8	4
Totaal respons (n)		3,5	0,7	41	1,8	0,6	39	2,6	1,0	40	2,8	0,8	40	2,8	1,8	33	3,6	0,9	39	3,5	0,9	39	3,4	0,8	39	3,1	0,8	39	3,1	1,0	39

* = P < 0,05

1-1,7 = Zeer mee oneens

1,8 - 2,5 = Oneens

2,6-3,4 = Neutraal

3,5 - 4,2 = Eens

4,3 - 5,0 = Zeer mee eens

In tabel 7 zijn de antwoorden op de casussen uitgesplitst naar achtergrondfactor weergegeven. De uitkomst van de chi-kwadraattoets over de casussen gaf geen statistisch significante verschillen. De power van deze toets is 31%. Daarmee is de uitkomst van de chi-kwadraattoets niet betrouwbaar.

Net als bij de stellingen, zijn er over de antwoorden van de casussen ook noemenswaardige resultaten gevonden. Ten eerste kan bij zowel casus 6 als 8 worden gezien dat mannelijke respondenten vaker voor de optie leefstijladvies kozen dan vrouwelijke. Een tweede verschil kan worden gezien bij casus 4. De twee jongste leeftijdscategorieën kozen in de meeste gevallen voor de optie leefstijladvies, terwijl de oudste twee leeftijdscategorieën vaker voor 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies' kozen. Ten derde is er verschillend gereageerd op casus 2 en 4. Respondenten met een solopraktijk kozen in de meeste gevallen voor de optie 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies', terwijl respondenten met een duo-/groepspraktijk meestal voor de optie 'leefstijladvies' kozen. Ook bij casus 8 is er verschil te zien tussen deze twee categorieën. Solopraktijken kiezen wederom in de meeste gevallen voor de optie 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies', waarbij duo-/groepspraktijken vaker andere opties kozen. Bij de achtergrondfactor '*subjectieve werkdruk*' wordt opgemerkt dat de respondenten met een lage subjectieve werkdruk in meestal de optie 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies' kozen, terwijl respondenten met een hoge subjectieve werkdruk vaker voor de overige opties kozen. Dit is te zien bij casus 2, 6, 7 en 8.

Bij meerdere achtergrondfactoren is daarnaast verschillend geantwoord op casus 4. De eerste achtergrondfactor waarbij verschil kon worden gezien, was '*stad of platteland*'. Bij casus 4 kozen respondenten met een huisartsenpraktijk gelegen in de stad vaker de optie 'leefstijladvies', terwijl respondenten met een huisartsenpraktijk gelegen op het platteland vaker kozen voor de optie 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies'. Dit verschil bij casus 4 valt ook op te merken bij de middelste twee categorieën van de achtergrondfactor '*aantal werkuren per week*'. Hier koos de categorie '27-39 uur per week' in de meeste gevallen voor de optie 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies', waarbij de categorie '40-52 uur per week' koos voor de optie 'leefstijladvies'. Als laatste werd op casus 4 ook door de achtergrondfactor '*aantal jaren werkervaring*' verschillend geantwoord. De respondenten met een werkervaring tussen 5 en 15 jaar kozen het meest voor de optie 'leefstijladvies', waarnaast respondenten met een werkervaring van 16-26 jaar in de meeste gevallen voor de optie 'statinetherapie in combinatie met leefstijladvies' kozen.

Tabel 7: Behandelkeuzes van de huisartsen bij alle casussen, weergegeven in percentages (%): (N=36)

Casussen→		1.				2.				3.				4.				6.				7.				8.				
Achtergrondfactoren↓		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	n
Geslacht																														
	Man	0	6	82	12	6	6	47	41	0	6	88	6	6	0	41	53	0	18	18	64	6	12	18	64	6	12	23	59	17
	Vrouw	0	0	89	11	5	0	63	32	0	0	95	5	0	5	37	58	0	16	0	84	0	16	10	74	0	16	5	79	19
Leeftijd																														
	<37	0	0	75	25	25	0	75	0	0	0	75	25	0	0	25	75	0	25	0	75	0	25	0	75	0	25	0	75	4
	37-46	0	8	77	15	0	8	61	31	0	8	92	0	0	0	62	38	0	23	0	67	8	15	8	69	8	15	8	69	13
	47-56	0	0	100	0	7	0	50	43	0	0	100	0	7	7	29	57	0	7	21	72	0	7	29	64	0	8	21	71	14
	>56	0	0	80	20	0	0	40	60	0	0	80	20	0	0	20	80	0	20	0	80	0	20	0	80	0	20	20	60	5
Soort praktijk																														
	Solopraktijk	0	0	85	15	8	0	38	54	0	0	85	15	0	8	23	69	0	15	0	85	8	15	8	69	8	0	15	77	13
	Duo-/groepspraktijk	0	4	87	9	4	4	66	26	0	4	96	0	4	0	48	48	0	17	13	70	0	13	17	70	0	22	13	65	23
Subjectieve werkdruk																														
	<11	0	0	85	15	0	0	46	54	0	0	92	8	0	8	38	54	0	8	8	84	8	8	8	76	8	0	15	77	13
	>10	0	4	87	9	9	4	61	26	0	4	92	4	4	0	39	57	0	22	9	69	0	17	17	66	0	22	13	65	23
Stad of platteland																														
	Stad	0	0	93	7	0	0	66	34	0	0	93	7	0	7	53	40	0	13	13	74	0	13	13	74	0	13	20	67	15
	Platteland	0	5	81	14	10	5	47	38	0	5	90	5	5	0	28	67	0	19	5	76	5	14	14	67	5	14	10	71	21
Aantal werkuren per week																														
	<27	0	0	100	0	0	0	34	66	0	0	100	0	0	33	33	34	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	3
	27-39	0	0	87	13	6	0	60	34	0	0	93	7	0	0	34	66	0	27	0	73	0	27	7	66	0	27	7	66	15
	40-52	0	0	92	8	8	0	67	25	0	0	100	0	8	0	58	34	0	17	17	66	8	8	17	67	8	8	25	59	12
	>52	0	17	66	17	0	17	33	50	0	17	66	17	0	0	17	83	0	0	17	83	0	0	34	66	0	0	17	83	6
Aantal jaren werkervaring																														
	<5	0	0	86	14	14	0	57	29	0	0	86	14	0	0	29	71	0	14	0	86	0	14	0	86	0	14	0	86	7
	5-15	0	8	84	8	0	8	54	38	0	8	92	0	0	8	54	38	0	23	0	77	8	15	8	69	8	15	8	69	13
	16-26	0	0	83	17	8	0	58	36	0	0	92	8	8	0	33	59	0	8	25	67	0	8	33	59	0	8	25	67	12
	>26	0	0	100	0	0	0	50	50	0	0	100	0	0	0	25	75	0	25	0	75	0	25	0	75	0	25	25	50	4
Totaal antwoorden (n)		0	1	31	4	2	1	20	13	0	1	33	2	1	1	14	20	0	6	3	27	1	5	5	25	1	5	5	25	36

* = P < 0,05

In tabel 8 is de top 3 weergegeven voor de behandelkeuze statinetherapie en het geven van leefstijladvies. Dit is daarna opgedeeld per achtergrondfactor. Uit deze tabel is af te lezen dat er een verschillende top 3 is voor statinetherapie en leefstijladvies.

Er zijn een paar achtergrondfactoren waar verschil te zien is in hun top 3. Dit geldt zowel voor statinetherapie als voor leefstijladvies. Als eerste viel op dat voor de achtergrondfactor geslacht verschillend geantwoord is. Vrouwen geven de risicofactor 'LDL-waarde' een grotere mate van belangrijkheid dan mannen, bij mannen komt deze namelijk niet in de top 3 voor. Ten tweede was er verschil in de top 3 bij de achtergrondfactor 'aantal uren werkzaam per week'. De risicofactor 'LDL-waarde' kreeg een mindere mate van belangrijkheid naarmate het aantal uren werkzaam per week toenam. Dit is ook op te maken bij de achtergrondfactor werkervaring. Hierbij werd roken steeds belangrijker geacht naarmate het aantal jaren werkervaring toenam.

Naast de verschillen bij statinetherapie, zijn er ook verschillen in de top 3 bij leefstijladvies. Ten eerste kan worden afgelezen dat er verschil is bij de leeftijdscategorieën. De jongste leeftijdsgroep had de risicofactor 'diabetes' niet in zijn top 3, terwijl dit wel het geval is bij de overige leeftijdscategorieën. De jongste groep schaalde hierbij ook de risicofactor 'alcohol' in zijn top 3, die enkel nog in de top 3 van de eerste categorie van de achtergrondfactor aantal jaren werkervaring voorkomt. Hier kreeg alcohol wederom een plek in de top 3.

Tabel 8: Rangschikking per behandeloptie en uitgesplitst op achtergrondfactoren (N=34)

	Statinetherapie			Het geven van leefstijladvies			
	1	2	3	1	2	3	n
Totaal							
	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	34
Geslacht							
<i>Man</i>	Diabetes	Roken	Hypertensie	Roken	Diabetes	BMI	17
<i>Vrouw</i>	Diabetes	LDL-waarde	Roken	Roken	Diabetes	BMI	17
Leeftijd							
<37	Diabetes	LDL-waarde	Roken	Roken	BMI	Alcohol	4
37-46	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	12
47-56	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	13
>56	Roken	Diabetes	Hypertensie	Roken	Diabetes	Hypertensie	5
Uren werkzaam per week							
<27	Diabetes LDL-waarde	-	Roken	Roken	Diabetes	Hypertensie	3
27-39	Diabetes	LDL-waarde	Roken Hypertensie	Roken	Diabetes	BMI	15
40-52	Roken	Diabetes	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	10
>52	Diabetes	Roken	Hypertensie	Roken	Diabetes	BMI	6
Woonplaats							
<i>Stad</i>	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	15
<i>Platteland</i>	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	BMI	Diabetes	19
Werkervaring							
<5	Diabetes	LDL-waarde	Roken	Roken	Alcohol BMI	-	7
5-15	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	12
16-26	Diabetes	Roken	Hypertensie	Roken	Diabetes	BMI	11
>26	Roken	Diabetes	Hypertensie	Roken	Diabetes	Hypertensie	4
Praktijksoort							
<i>Solo</i>	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	12
<i>Meerdere</i>	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	22
Subjectieve werkdruk							
≤10	Roken	Diabetes	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	12
>10	Diabetes	Roken	LDL-waarde	Roken	Diabetes	BMI	22

4.2 Resultaten van de enquête voor de Twentse bevolking

In tabel 10 valt te zien hoe respondenten hebben geantwoord op de verschillende stellingen. Op stelling 1, die stelt dat de respondent de bijwerkingen van statines zorgwekkend vindt, werd gemiddeld neutraal geantwoord. Wel is hier sprake van een grote standaarddeviatie, wat aangeeft dat de meningen over deze stelling verdeeld zijn. De tweede stelling, die stelt dat de respondent bereid is om statines te gebruiken, werd instemmend beantwoord. Bij stelling 3 vonden respondenten gemiddeld genomen dat de voordelen van statinetherapie opwogen tegen de nadelen. Zij waren neutraal over stelling 4, die uitvroeg of respondenten vonden dat huisartsen vaker statines moesten voorschrijven. Stelling 5, die als doel had om te peilen of respondenten de intentie hadden om altijd het advies van hun huisarts op te volgen omtrent het gebruik van statines, werd eveneens neutraal beantwoord. Hierbij is wederom sprake van een grote standaarddeviatie, wat aangeeft dat de meningen over deze stelling ook verdeeld zijn. Bij de laatste stelling is gemiddeld genomen gekozen voor de tweede antwoordoptie; dat statines niet goed, maar wel soms nodig zijn.

Naast de gemiddelde antwoorden op de stellingen, valt op dat alle uitgevraagde achtergrondfactoren statistisch significant gerelateerd zijn aan de antwoorden die zijn gegeven op de stellingen, met uitzondering van de achtergrondfactor *'Risicoschatting HVZ'*. De achtergrondfactoren onderwijs en het al dan niet gebruiken van statines waren het vaakst gerelateerd aan de gegeven antwoorden op de stellingen.

Tabel 10: Gemiddelde antwoorden op de stellingen, uitgesplitst naar achtergrondfactoren: (N=474)

Stellingen →		1.			2.			3.			4.			5.			6.			Totaal (n)
Achtergrondfactoren		μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	μ	SD	n	
Geslacht																				
	Man	1,9*	0,9*	113	2,5	0,8	124	2,5	0,7	116	1,8	0,6	99	2,3*	0,9*	124	2,3*	0,7*	129	137
	Vrouw	2,0*	0,8*	299	2,5	0,7	299	2,5	0,7	284	1,8	0,6	254	2,0*	0,9*	299	2,3*	0,5*	319	337
Leeftijd																				
	18-34	1,7*	0,8*	223	2,6	0,7	223	2,6*	0,6*	212	1,8	0,6	181	2,0	0,9	223	2,4*	0,5*	238	253
	35-49	2,2*	0,8*	56	2,5	0,8	59	2,3*	0,8*	54	1,6	0,6	51	2,0	0,9	55	2,2*	0,4*	61	64
	50-64	2,1*	0,8*	92	2,5	0,8	94	2,4*	0,7*	90	1,7	0,6	80	2,1	0,9	99	2,2*	0,5*	100	104
	65-79	2,6*	0,7*	36	2,3	0,8	42	2,3*	0,8*	40	1,8	0,7	36	2,4	0,8	41	2,1*	0,5*	43	47
	≥ 80	3,0*	0,0*	3	2,3	1,2	3	2,0*	1,4*	2	1,7	0,6	3	2,0	1,0	3	2,0*	0,8*	4	4
Woonplaats																				
	Stad	1,9*	0,8*	228	2,5	0,7	233	2,6*	0,6*	213	1,8	0,6	186	2,1	0,9	228	2,3	0,5	246	259
	Platteland	2,1*	0,9*	184	2,5	0,7	190	2,4*	0,8*	187	1,7	0,6	167	2,0	0,9	195	2,3	0,5	202	215
Gebruikt statines																				
	Ja	2,3*	0,8*	42	2,7*	0,6*	45	2,5*	0,7*	42	1,8*	0,6*	36	2,5*	0,8*	46	2,3*	0,5*	48	48
	Nee, maar dit heb ik vroeger wel gebruikt	2,8*	0,6*	19	1,8*	1,0*	19	1,7*	0,9*	19	1,4*	0,7*	18	1,8*	0,9*	19	1,9*	0,6*	18	21
	Nee, ik heb dit nooit gebruikt	1,9*	0,8*	346	2,5*	0,7*	355	2,5*	0,7*	336	1,8*	0,6*	296	2,0*	0,9*	354	2,3*	0,5*	376	398
	Weet ik niet	2,0*	0,0*	3	1,5*	0,7*	2	2,0*	0,0*	1	2,0*	0,0*	2	2,5*	0,7*	2	2,0*	0,0*	4	4
Opleidingsniveau																				
	Basisonderwijs	2,3*	0,9*	8	2,9	0,3	9	1,6*	0,5*	5	2,0*	0,0*	6	2,4*	0,9*	9	2,4*	0,5*	9	11
	Vmbo	2,4*	0,8*	31	2,6	0,7	33	2,3*	0,7*	28	1,9*	0,7*	28	2,4*	0,8*	35	2,1*	0,4*	35	40
	Havo	1,8*	0,9*	54	2,6	0,7	54	2,7*	0,6*	53	1,8*	0,6*	48	2,1*	0,9*	52	2,4*	0,6*	57	57
	VWO	1,6*	0,8*	71	2,7	0,6	75	2,8*	0,4*	66	1,8*	0,5*	50	2,1*	0,9*	69	2,5*	0,5*	78	80
	MBO	2,1*	0,8*	112	2,4	0,8	118	2,4*	0,7*	112	1,8*	0,6*	105	2,2*	0,8*	120	2,2*	0,4*	125	137
	HBO	2,1*	0,9*	93	2,4	0,8	91	2,4*	0,8*	95	1,7*	0,6*	81	1,8*	0,9*	94	2,2*	0,5*	99	102
	WO	1,9*	0,9*	38	2,5	0,8	38	2,5*	0,7*	36	1,5*	0,6*	31	1,9*	0,9*	39	2,3*	0,5*	40	41
	Anders	2,0*	0,8*	4	3,0	0,0	3	2,0*	0,0*	4	2,0*	1,0*	3	3,0*	0,0*	4	2,0*	0,0*	4	4
Bekend met statines																				
	Ja	2,2*	0,8*	150	2,5	0,8	156	2,4*	0,8*	151	1,7*	0,7*	141	1,9*	0,9*	156	2,3	0,5	161	167
	Nee	1,8*	0,8*	262	2,6	0,7	266	2,6*	0,6*	249	1,8*	0,6*	212	2,2*	0,9*	267	2,3	0,5	286	305
Risicoschatting HVZ																				
	≤5	1,9	0,9	317	2,5	0,8	324	2,5	0,7	306	1,8	0,6	273	2,1	0,9	329	2,3	0,5	349	365
	>5	2,1	0,8	95	2,6	0,7	99	2,5	0,6	94	1,8	0,6	80	2,2	0,9	94	2,2	0,5	99	109
Totaal		2,0	0,9	412	2,5	0,7	423	2,5	0,7	400	1,7	0,6	353	2,1	0,9	423	2,3	0,5	448	474

* = $P < 0,05$

Stelling 1 t/m 5: 1,0 - 1,6 = Mee oneens
1,7 - 2,3 = Neutraal
2,4 - 3,0 = Mee eens

Stelling 6: 1,0 - 1,6 = Niet goed, het is gevaarlijk
1,7 - 2,3 = Niet goed, maar het is soms nodig
2,4 - 3,0 = Goed, het is nuttig

5. Discussie

5.1 Samenvatting resultaten

Over de resultaten van de eerste onderzoeksvraag: *‘Welke karakteristieken van huisartsen, die van invloed kunnen zijn op voorschrijfgedrag, zijn gerelateerd aan de overwegingen die huisartsen in Twente maken om tot een behandelplan te komen omtrent cardiovasculair risicomanagement?’*, valt het volgende te zeggen: de achtergrondfactoren *‘soort praktijk’* en *‘subjectieve werkdruk’* geven elk een statistisch significant verschil bij een stelling. Daarnaast zijn voor de andere achtergrondfactoren ook verschillen gezien bij de verschillende delen van de enquête.

Over de tweede onderzoeksvraag: *‘Wat is de houding van de Twentse bevolking tegenover statinetherapie ter preventie van hart- en vaatziekten?’*, valt de volgende conclusie te trekken: statinetherapie wordt door de Twentse bevolking als een noodzakelijk kwaad wordt gezien. Respondenten waren bereid om statines te slikken indien nodig, maar hun meningen verschilden sterk over de bijwerkingen en over het opvolgen van het advies van hun huisarts. Daarbij is gevonden dat mensen met verschillende karakteristieken statistisch significant anders antwoordden op verschillende stellingen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat bevolkingsgroepen in Twente met verschillende karakteristieken, een andere houding ten opzichte van statinetherapie hebben.

5.2 Opvallende resultaten

Naast de simpele conclusie op de eerste onderzoeksvraag zijn hier enkele opvallende resultaten gevonden. Uit de eerste stelling bleek dat de huisartsen het gemiddeld zeer eens waren dat leefstijladvies van primair belang is. Bij alle stellingen over de waargenomen gedragscontrole is per stelling een redelijk gelijk gemiddelde en standaardafwijking te zien. Hierbij is opvallend dat de standaardafwijking bij stelling 20 relatief groot is. Deze stelling vroeg uit of de respondent zichzelf in staat achtte om een juist behandelplan binnen het CVRM op te kunnen stellen. Gemiddeld werd neutraal geantwoord op deze stelling. Hierbij was een relatief grote standaardafwijking op te merken, wat aangeeft dat meningen over deze stelling verdeeld zijn en dat niet elke huisarts zich in staat achtte om een juist behandelplan op te stellen. Een laatste opvallend resultaat bij de stellingen is de grote spreiding in antwoorden bij de stelling over de farmacotherapeutische industrie (stelling 15). Hieruit valt op te maken dat respondenten de gesprekken met vertegenwoordigers uit de farmacotherapeutische industrie anders waardeerden.

Bij de casussen kan worden opgemerkt dat bijna in geen enkel geval de optie *‘statinetherapie’* gekozen wordt. Indien er wordt gekozen voor statinetherapie, kiezen huisartsen meestal voor de optie *‘statinetherapie in combinatie met leefstijladvies’*. Dit is logisch, gezien de meerderheid van de huisartsen aangaf leefstijladvies van primair belang te vinden. Een ander opvallend resultaat is dat de optie *‘andere medicatie, namelijk;’* (zie bijlage 3 voor de ingevulde antwoorden) voornamelijk gekozen wordt bij casus 6, 7 en 8. De overeenkomst tussen deze casussen is dat alle patiënten in deze casus zich in het rode gebied van de risicotabel bevinden, een SBD van 160 hebben en cholesterolratio van 8. Hieruit lijkt er meer verscheidenheid te zijn in de gekozen behandelopties voor patiënten die in het rode gebied van de risicotabel vallen, dan mensen met een risicoprofiel waarmee ze in het gele gebied vallen.

Wat betreft de resultaten van de tweede onderzoeksvraag was het opvallend dat mensen die bekend waren met statines bezorgder zijn over de bijwerkingen van statines, dan mensen die hier niet

bekend mee waren. Het is mogelijk dat de informatie die in de enquête is gegeven over statines niet toereikend was om er een uitgebalanceerde mening over te vormen. Daarnaast reageerden mensen die in het verleden statines hebben gebruikt negatiever op alle stellingen. Dit was een verwacht resultaat, omdat er vermoedelijk een reden aanwezig was voor het stoppen met het gebruik van statines. Daarnaast is opvallend dat uit de chi-kwadraattoets naar voren kwam dat alle achtergrondfactoren, met uitzondering van 'risicoschatting op HVZ', invloed hadden op de houding.

5.3 Reflectie op het theoretisch kader

Ten eerste zullen relevante theorieën die terugkomen bij de resultaten van de eerste onderzoeksvraag worden besproken. In het theoretisch kader kwam naar voren dat zowel leeftijd, werkdruk als soort praktijk invloed kunnen hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen van gepatenteerde statines^[31]. Dit is geprobeerd te meten bij stelling 11, die inhield dat simvastatine terecht het voorkeursmiddel is in de NHG-standaard. Omdat simvastatine geen gepatenteerde statine is, was de verwachting dat vooral oudere huisartsen, lage werkdruk, en een solopraktijk, zouden instemmen met deze stelling^[31]. In de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de bij de oudste leeftijdscategorie, bij een hoge subjectieve werkdruk en bij een oplopend aantal werkuren per week, respondenten meer instemmend reageerden. Bij soort praktijk is er geen verschil gevonden.

Bij de casussen werd verwacht dat vrouwelijke huisartsen vaker zouden kiezen voor statinetherapie dan mannelijke huisartsen^[30]. Daarnaast werd verwacht dat huisartsen vaker voor de optie 'statinetherapie' zouden kiezen bij mannen dan bij vrouwen^[24], en dat praktijken op het platteland^[32] een hogere onderlinge variatie zouden hebben en minder medicijnen zouden voorschrijven dan praktijken in de stad. Dit onderzoek kon deze verwachtingen niet bevestigen, noch ontkennen.

Bij de tweede onderzoeksvraag werd verwacht dat de achtergrondfactoren geslacht^[34], leeftijd^[35], opleidingsniveau^[36] en kennis over medicatie^[22] van invloed waren op de houding van een individu ten opzichte van medicatie. In de resultatensectie is dit bevestigd; bij verschillende stellingen zijn significante verschillen gevonden voor deze achtergrondfactoren. In het theoretisch kader werd relevantie gevonden voor het onderzoeken van de invloed van kennis die respondenten hebben over statines en de houding die ze daarbij hebben ten opzichte van statinetherapie. In dit onderzoek is gebleken dat respondenten die bekend waren met statines significant afwijkend reageerden op meerdere stellingen. Daarnaast werd verwacht dat de factor 'risicoschatting op HVZ' invloed had op de houding van mensen tegenover statinetherapie^[33]. In dit onderzoek is geen significant verschil gevonden bij deze variabele. Hiermee kan deze theorie niet worden bevestigd.

Ondanks dat voor de achtergrondfactor 'woonplaats' geen literatuur is gevonden, heeft dit onderzoek kunnen aantonen dat deze factor van invloed is op de mening omtrent de bijwerkingen-, en de afweging van de voor- en nadelen van statines.

5.4 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek in zijn geheel, is dat beide onderzoeksvragen binnen de theorie van gepland gedrag met elkaar in verband kunnen worden gebracht. In dit onderzoek werd getracht om factoren voor het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart te brengen. Zowel karakteristieken van huisartsen als de mening van de patiënt zijn binnen de theorie van gepland gedrag en de gevonden literatuur voorspellers van voorschrijfgedrag. Een overweging die wordt gemaakt om tot bepaald

voorschrijfgedrag te komen, is in hoeverre huisartsen de mening van de patiënt over behandelopties meenemen in hun overwegingen om tot voorschrijfgedrag te komen. Hiermee trachtte dit onderzoek een zo breed mogelijk beeld van de factoren die invloed kunnen hebben op voorschrijfgedrag te schetsen.

Onderzoeksvraag 1

Een sterke kant van de eerste onderzoeksvraag is dat alle uitgevraagde overwegingen gebaseerd zijn op de theorie van gepland gedrag. Door gebruik te maken van deze theorie, kan worden gezegd er een zo breed mogelijk beeld is geschetst van alle overwegingen die kunnen leiden tot voorschrijfgedrag. Door daarbij gebruik te maken van stellingen, casussen en rangschikkingen, was het mogelijk om verschillende aspecten van overwegingen uit te vragen. Ten derde zijn alle relevant geachte achtergrondfactoren in relatie gebracht met deze overwegingen die leiden tot bepaald voorschrijfgedrag. Als laatste is niet de definitie van werkdruk aangenomen die aan bod kwam in het theoretisch kader^[31], maar is ervoor gekozen om meerdere specifieke vormen van werkdruk uit te vragen. Door hierbij rekening te houden met de persoonlijke ervaring van werkdruk, is een breder beeld geschetst van het effect van werkdruk op overwegingen tot voorschrijfgedrag.

Naast deze sterke kanten, waren er ook beperkingen. Een beperking van dit onderzoek is dat de beoogde steekproef van 117 niet is behaald. Hierdoor zijn de resultaten minder betrouwbaar dan beoogd. Hierdoor liet de uitkomst van de post-hoc poweranalyse zien dat er een power van 34% of lager was bij alle stellingen. Voor de casussen was de power 31% of lager. Hierdoor waren alle uitkomsten van de chi-kwadraattoets nietszeggend. Daarnaast zijn er inhoudelijke beperkingen wat betreft de enquête. Er is bewust gekozen om de casussen simpel te houden, omdat deze anders te groot en tijdrovend zouden worden voor de respondenten. Dit had desalniettemin het gevolg dat vele risicofactoren in de casussen misten, die voor huisartsen van belang zijn bij het volledig opstellen van het risicoprofiel van iedere patiënt, en daarbij het kiezen van de juiste behandeling. De constructvaliditeit is hierdoor niet optimaal.

Onderzoeksvraag 2

Bij de tweede onderzoeksvraag is de beoogde steekproef behaald, waardoor de resultaten met 95% zekerheid betrouwbaar zijn voor de hele populatie. Ook werd er in de enquête informatie over het onderwerp 'statinetherapie' gegeven, waardoor respondenten die vooraf geen kennis hadden over statinetherapie, een mening ten opzichte van statinetherapie konden vormen.

Daarnaast waren er ook beperkingen. Doordat de enquête kort was, zou er relevante informatie kunnen missen en zou de constructvaliditeit suboptimaal kunnen zijn. De enquête is met opzet kort gehouden, omdat hiermee een grotere respons werd verwacht. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat er geen gelijke verdeling was in de achtergrondfactoren geslacht en leeftijd. De verdeling was namelijk niet gelijk aan de gehele onderzoekspopulatie. De man-vrouwverhouding in Twente is nagenoeg 50/50, zie bijlage 4. De man-vrouwverhouding in de steekproef was 28,9-71,1% (tabel 9), waardoor deze variabele niet representatief is voor de Twentse bevolking. De spreiding van de leeftijd van de steekproef (bijlage 4) is ook niet representatief voor de Twentse bevolking^[35]. Op deze punten is de steekproef dus niet representatief voor de bevolking van de regio Twente.

Over het onderzoek in zijn geheel valt te zeggen dat het uiteindelijk uitgevoerde onderzoek niet meer op alle vlakken correspondeert met het onderzoeksvoorstel. Zo zijn twee onderzoeksvragen geëlimineerd en is een nieuwe toegevoegd. Het plan was om het voorschrijfgedrag van huisartsen te beschrijven. Dit was echter niet mogelijk door gebrek aan mogelijkheden voor dataverzameling. Bij de nieuwe onderzoeksvraag is ervoor gekozen om in kaart te brengen wat de houding van de Twentse bevolking is ten opzichte van statinetherapie. Hiervoor is, na het schrijven van het definitieve onderzoeksvoorstel, relevantie gevonden. In het onderzoeksvoorstel werd als belangrijkste onderwerp 'variatie in voorschrijfgedrag' aangewezen. Dit is in het uiteindelijke onderzoek wel hetzelfde gebleven. Daarnaast was de essentie van de eerste onderzoeksvraag in het onderzoeksvoorstel gelijk met die in het uiteindelijke onderzoek.

5.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Wat betreft de eerste onderzoeksvraag valt op te merken dat bij de stelling; *'Ik ben ervan overtuigd dat ik voor iedere patiënt binnen het CVRM een juist behandelplan kan opstellen'* redelijk gespreid is geantwoord. Dit geeft aan dat er twijfel is bij een aantal huisartsen over hun capaciteit om een juist behandelplan op te kunnen stellen. De oorzaak hiervan is in dit onderzoek niet achterhaald. Het is mogelijk dat dit invloed heeft op het voorschrijfgedrag rondom cardiovasculair risicomanagement van huisartsen. Vervolgonderzoek zou zich bijvoorbeeld kunnen richten op het in kaart brengen van controleovertuigingen [24] van Twentse huisartsen als het gaat om het voorschrijven van statines. Inzicht in de oorzaken van deze variatie zou namelijk aangrijpingspunten aan het licht kunnen brengen voor het eventueel verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijnszorg in Twente.

Bij de tweede onderzoeksvraag is duidelijk geworden wat de mening is van de Twentse bevolking ten opzichte van statines, en dat hun karakteristieken hierop van invloed zijn. In hoeverre deze mening uiteindelijk van invloed is op het voorschrijfgedrag van huisartsen, is niet onderzocht. Vervolgonderzoek zou zich wat dit betreft kunnen richten op de invloed van verschillende bevolkingskarakteristieken op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

6. Conclusie

Het is van belang om antwoord te krijgen op de vraag welke factoren variatie in voorschrijfgedrag kunnen verklaren als het gaat om statines. In dit onderzoek kon niet worden bevestigd, noch ontkend dat de karakteristieken van de huisarts gerelateerd zijn aan overwegingen die leiden tot voorschrijfgedrag dat wel of niet conform de richtlijn is. Het blijft dus onduidelijk of de karakteristieken van Twentse huisartsen verklarende factoren kunnen zijn voor eventuele variatie in voorschrijfgedrag omtrent statines. Om hier met zekerheid iets over te kunnen zeggen, is een grotere steekproef nodig.

In dit onderzoek is ook onderzocht wat de mening van de Twentse bevolking was ten opzichte van statines. Er is gebleken dat verschillende karakteristieken van de bevolking leidden tot een verschillende houding ten opzichte van statinetherapie. Omdat de mening van mensen invloed kan hebben op het uiteindelijke voorschrijfgedrag van huisartsen, kan het voorschrijfgedrag van huisartsen bij verschillende bevolkingsgroepen afwijkend zijn. In hoeverre de mening van patiënten van invloed is op het voorschrijfgedrag van huisartsen, is niet onderzocht.

Referenties

- [1] Centraal Bureau voor Statistiek, *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*, http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=a&D2=a&D3=0&D4=0,41,51,I&HDR=G2,G1,G3&STB=T&VW=T, [gezien op 12-02-2018]
- [2] Bots, M.L., Buddeke, J., Van Dis, I., Vaartjes, I., Visseren, F.L.J., *Hart- en vaatziekten in Nederland 2015, cijfers over heden verleden en toekomst*, Hartstichting, december 2015
- [3] Nederlandse Huisartsen Genootschap, *Cardiovasculair Risicomanagement*, <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement>, [gezien op 14-3-2018]
- [4] Van Dis I., Strijbis A.M., Spreeuwenberg C., *Vijf jaar cardiovasculair risicomanagement in Nederland: the state of the art*, Nederlandse Hartstichting, 2014
- [5] Marchal, S., Keten zorg voor cardiovasculair risicomanagement, *Huisarts en Wetenschap*, 2017;60[5]; 234–234, doi: 10.1007/s12445-017-0140-6
- [6] Volksgezondheid en zorg, *Cholesterol; Cijfers & context; Huidige situatie*, <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/cholesterol/cijfers-context/huidige-situatie#node-ongunstig-cholesterolgehalte-hypercholesterolemiehttps://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/cholesterol/cijfers-context/huidige-situatie#node-ongunstig-cholesterolgehalte-hypercholesterolemie> [gezien op 22-06-2018]
- [7] Medisch Contact, *Uitspraak Hoge Raad der Nederlanden d.d. 1 april 2005*, 2005, 60 nr. 19, 812-814
- [8] Balder, J.W., De Vries, J.K., Mulder, D.J., Kamphuisen, P.W., Time to improve statin prescription guidelines in low-risk patients?, *European Journal of Preventive Cardiology*, 2017;24[10]; 1064–1070, doi: 10.1177/2047487317698585
- [9] Balder, J.W., Scholtens, S., De Vries, J.K., Van Schie, L.M., Boekholdt, S.M., Hovingh, G.K., Kamphuisen, P.W., Kuivenhoven, J.A., Adherence to guidelines to prevent cardiovascular diseases: The lifelines cohort study, *The Netherlands Journal of Medicine*, 2015;73[7]; 316-323
- [10] Lambooi A., Essink R., De Metz J., Schippers M., Zwikker H., *Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017*, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2017
- [11] Lagro-Jansen A.L.M., De geneeskunde is niet genderneutraal; de invloed van de geslacht van de dokter op de medische zorg, *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 2008;152; 1141-1145
- [12] Eimers M., Nijpels M., *Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2011*, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2012
- [13] Staveley I., Sullivan P., We need more guidance on shared decision making, *British journal of general practice*, 2015;65[641]; 663-664, doi: 10.3399/bjgp15X688045
- [14] Head K.J., Bute J.J., The Influence of Everyday Interpersonal Communication on the Medical Encounter: An Extension of Street's Ecological Model, *Health communication*, 2017;33[6]; 786-792, doi: 10.1080/10410236.2017.1306474
- [15] Koerselman, G.F., Korzec, A., Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2008;152[32]; 1757-1759
- [16] Waardenkaart zorg, *Welke waarden vinden mensen belangrijk in de zorg?*, Zo werkt de zorg, 2017

- [17] Volksgezondheidszorg.info, *Sterfte aan ziekten van het hartvaatstelsel per GGD regio*, <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/hart-en-vaatziekten/regionaal-internationaal/regionaal#node-sterfte-aan-ziekten-van-het-hartvaatstelsel-ggd-regio>, [gezien op 12-02-2018]
- [18] Boom-Hammers, C.L.A.J., Olthof-Pal, J., Roorda, J., Visser, J.E., *Twentse Gezondheidsverkenning (TVG), Gezondheid op de rails*, GGD Twente, 2011
- [19] Ajzen, I., The Theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991;50[2]; 179-211, doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- [20] Tsiantoua, V., Moschandreas, J., Bertsiyas, A., Papadakaki, M., Saridaki, A., Agius, D., Alper, Z., Faresjog, T., Klimkova, M., Martinezi, L., Samoutis, G., Vlcek, J., Lionis, C., General Practitioners' intention to prescribe and prescribing patterns in selected European settings: The OTCSOCIOMED project, *Health Policy*, 2015;119[9]; 1265-1274, doi: 10.1016/j.healthpol.2015.06.006
- [21] Journath, G., Hellénus, M.L., Manhem, K., Kjellgren, K.I., Nilsson, P.M., Association of physician's sex with risk factor control in treated hypertensive patients from Swedish primary healthcare, *Journal of Hypertension*, 2008;26[10]; 2050-2056, doi: 10.1097/HJH.0b013e32830a4a3b.
- [22] Ajzen, I., *Theory of Planned Behavior with Background Factors*, 2017, <http://people.umass.edu/aizen/tpb.background.html> [gezien op 24-6-2018]
- [23] Ajzen, I., *Actual Behavioral Control*, <https://people.umass.edu/aizen/abc.html> [gezien op 22-06-2018]
- [24] Sheppard, J.P., Fletcher, K., McManus, R.J., Mant, J., Missed opportunities in prevention of cardiovascular disease in primary care: a cross-sectional study, *British Journal of General Practice*, 2014;64[618]; 38-46, doi: 10.3399/bjgp14X676447
- [25] Trietsch, J., Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen?, *Huisarts en Wetenschap*, 2017;60[11]; 588-590, doi: 10.1007/s12445-017-0363-6
- [26] Haaijer-Ruskamp, F.M., Denig, P., Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen, *Geneesmiddelenbulletin Medische Hulpmiddelen*, 2001;35[4]; 37-42,
- [27] Van Beelen, A., Huisartsen durven confrontatie over grens behandeling niet aan, *Mednet*, 2014;7[7]; 10-13
- [28] Willemsen, A.E.C.A.B., Bredie, S.J.H., Lobo, C.M., Vlucht, M.J. van der, Kramers, C., Stand van zaken; Verstandig kiezen bij het voorschrijven van statinen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2015;159:A8695
- [29] Vervloet, M., Bomhoff, M., Schellevis, F., Dijk, L. van, *Niet te veel en niet te weinig: De balans tussen nodige en onnodige zorg in de huisartsenpraktijk*, Nivel, 2015
- [30] Tabenkin, H., Eaton, C.B., Roberts, M.B., Parker, D.R., McMurray, J.H., Borkan, J., Differences in cardiovascular disease risk factor management in primary care by sex of physician and patient, *Annals of Family Medicine*, 2010;8[1]; 25-32, doi: 10.1370/afm.1071
- [31] Pichetti, S., Sermet, C., Godman, B., Campbell, S.M., Gustafsson, L.L., Multilevel analysis of the influence of patients' and general practitioners' characteristics on patented versus multiple-sourced statin prescribing in France, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2013;11[3]; 205-218, doi: 10.1007/s40258-013-0014-4
- [32] Bucholc, M., O'Kane, M., Ashe, S., Wong-Lin, K., Prescriptive variability of drugs by general practitioners, *PLoS ONE*, 2018;13[2], doi: 10.1371/journal.pone.0189599

- [33] Mann D.M., Allegrente J.P., Natarajan S., Halm E.A., Charlson M., Predictors of Adherence to Statins for Primary Prevention, *Cardiovascular drugs and therapy*, 2007;21[4]; 311-316, doi: 10.1007/s10557-007-6040-4
- [34] Goldstein, K.M., Zullig, L.L., Bastian, L.A., Bosworth, H.B., Statin Adherence: Does Gender Matter?, *Current Atherosclerosis Reports*, 2018;18[63], doi: 10.1007/s11883-016-0619-9
- [35] Twentse Gezondheidsverkenning, *Bevolking*, 2017, https://ggdtwente.buurtmonitor.nl/jive/jive?cat_open_code=c149& [gezien op 16-6-2018]
- [36] Zimmerman, E., Woolf, S.H., Understanding the Relationship Between Education and Health, *NAM Perspectives*, 2014, Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington D.C., doi: <https://doi.org/10.31478/201406a>
- [37] Geurts M.M.E., Stewart R.E., Brouwers J.R.B.J., De Graeff P.A., De Gier J.J., Patient beliefs about medicines and quality of life after a clinical medication review and follow-up by a pharmaceutical care plan: a study in elderly polypharmacy patients with a cardiovascular disorder, *Journal of pharmaceutical health services research*, 2015;6[4]; 171-176, doi: 10.1111/jphs.12104
- [38] Federatie Eerstelijnszorg Almelo, *Voor patiënt; Huisartsen*, http://www.fealmelo.nl/pages/LSShowElementsPage_v2.asp?ListID=2371&articleid=173498:184180&token=63366@PaaRdgSaNadNhgRa [gezien op 16-05-2018]
- [39] Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland, *Zorgverleners (lijst)*, <https://www.thoon.org/patienten/zorgverleners-lijst/huisartsen/> [gezien op 16-05-2018]

8. Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Enquête Onderzoeksvraag 1

Enquête Gezondheidswetenschappen Universiteit Twente

Ten eerste willen wij u hartelijk danken dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek!

Hieronder geven wij u kort algemene informatie over deze enquête

- De enquête betreft onderzoek naar uw behandelkeuzes omtrent statines en leefstijladvies bij de primaire preventie van hart- en vaatziekten
- Het invullen duurt maximaal 10 minuten.
- De enquête is volledig anoniem. De door u gegeven antwoorden zullen op geen enkele manier te herleiden zijn naar u of uw praktijk.

Wij wensen u veel succes met het invullen van deze enquête!

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

2 Wat is uw leeftijd?

3 Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week in uw huisartsenpraktijk?

4 <Hoeveel jaar bent u werkzaam als huisarts?

5 In welke van de volgende steden is uw huisartsenpraktijk gevestigd? Bevindt uw huisartsenpraktijk zich niet in een van deze steden, vul dan "Een plaats buiten deze vier steden" in.

Let op: is uw huisartsenpraktijk niet in één van deze steden gevestigd, maar bevindt deze zich wel binnen een van die gemeenten? Vul dan ook "Een plaats buiten deze vier steden" in.

- ☐ Almelo
- ☐ Enschede
- ☐ Hengelo
- ☐ Oldenzaal
- ☐ Een plaats buiten deze vier steden

6 In wat voor soort huisartsenpraktijk werkt u?

- ☐ SolopraktijkG
- ☐ Duopraktijk
- ☐ Groepspraktijk

7 In hoeverre heeft u in de afgelopen week tijdsdruk ervaren tijdens een consult met een patiënt? Een score van 0 betekent dat u dit niet ervaren heeft, een score van 10 dat u dit zeer sterk ervaren heeft.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8 In hoeverre heeft u de afgelopen week het gevoel gehad dat u niet aan uw belangrijkste taken toekwam op uw werk? Een score van 0 betekent dat u dit niet ervaren heeft, een score van 10 dat u dit zeer sterk ervaren heeft.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hierna volgen onder andere stellingen over het voorschrijven van statines en het geven van leefstijladvies. Wij willen u vragen om na te denken over de mate waarin de stelling op u van toepassing is, waarna u kunt reageren op een schaal van “zeer mee oneens ...t/m... zeer mee eens.

Leefstijladvies

	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens
Ik vind het geven van leefstijladvies van primair belang.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik geef iedere patiënt bij het eerste consult in ieder geval leefstijladvies.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben eerder geneigd om leefstijladvies te geven aan vrouwelijke patiënten dan aan mannelijke patiënten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik geef patiënten van 70 jaar en ouder geen leefstijladvies.	☐	☐	☐	☐	☐

Statinetherapie

	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens
Ik vind dat statinetherapie vaker voorgeschreven zou moeten worden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben een voorstander van statinetherapie.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben geneigd om eerder statines voor te schrijven dan strikt nodig.	☐	☐	☐	☐	☐

NHG-standaard voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens
Ik vind de inhoud van de NHG-standaard voor CVRM nuttig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind de inhoud van de NHG-standaard voor CVRM volledig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind de NHG-standaard voor CVRM makkelijk te lezen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat simvastatine terecht het voorkeursmiddel is in de NHG-standaard.	☐	☐	☐	☐	☐

	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens	N.v.t
Ik vind het meewerken aan een farmacotherapeutisch overleg nutteloos en denk niet dat het helpt mijn behandelkeuzes te verbeteren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De afspraken met zorgverzekeraars zijn leidend bij het opstellen van het behandelplan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ga altijd mee met de voorkeuren die de patiënt heeft bij het opstellen van het behandelplan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vanuit gesprekken met een vertegenwoordiger van de farmaceutische industrie ontdek ik regelmatig nieuwe mogelijkheden voor medicatievoorschriften die ik kan gebruiken in mijn praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik stem samen met mijn collega huisartsen af aan welk behandelplan we de voorkeur geven in onze praktijk(en).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens
Ik ben in staat om aan iedere patiënt passend leefstijladvies te geven.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben in staat om aan iedere patiënt de juiste statinetherapie voor te schrijven.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik het niet eens ben met de behandelvoorkeuren van de patiënt, vind ik het makkelijk om diegene te overtuigen van wat ik denk dat de beste keuze is.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben ervan overtuigd dat ik voor iedere patiënt binnen het CVRM een juist behandelplan kan opstellen.	☐	☐	☐	☐	☐

In dit deel van de enquête wordt een aantal casussen gegeven. Hierbij worden er verschillende kenmerken van de patiënt genoemd die op het CVRM spreekuur komen.

1. Een mannelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt
- 55 jaar
- SBD van 140
- Cholesterolratio van 4

Hiermee heeft deze patiënt 13% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt hij in het gele gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

2. Een mannelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt niet
- 55 jaar
- SBD van 140
- Cholesterolratio van 7

Hiermee heeft deze patiënt 13% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt hij in het gele gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

3. Een vrouwelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt
- 60 jaar
- SBD van 140
- Cholesterolratio van 5

Hiermee heeft deze patiënt 12% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt hij in het gele gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

4. Een vrouwelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt niet
- 60 jaar
- SBD van 140
- Cholesterolratio van 8

Hiermee heeft deze patiënt 12% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt zij in het gele gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

6. Een mannelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt niet
- 60 jaar
- SBD van 160
- Cholesterolratio van 8

Hiermee heeft deze patiënt 36% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt hij in het rode gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

7. Een vrouwelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt
- 65 jaar
- SBD van 160
- Cholesterolratio van 8

Hiermee heeft deze patiënt 39% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt zij in het rode gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

8. Een vrouwelijke patiënt heeft de volgende kenmerken:

- Rookt niet
- 70 jaar
- SBD van 160
- Cholesterolratio van 8

Hiermee heeft deze patiënt 36% kans op ziekte of sterfte door HVZ en valt zij in het rode gebied van de risicotabel. Welke behandeling schrijft u in eerste instantie voor?

- ☐ Statinetherapie
- ☐ Andere medicatie, namelijk: _____
- ☐ Leefstijladvies
- ☐ Statinetherapie in combinatie met leefstijladvies

1. Wat zijn voor u de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten, waardoor u kiest voor het voorschrijven van een statine? Zet de onderstaande factoren op volgorde van belangrijkheid. 1= het belangrijkste, 10= het minst belangrijk.

- ☐ Alcoholgebruik
- ☐ BMI
- ☐ Diabetes
- ☐ Etnische afkomst
- ☐ Geslacht
- ☐ Hypertensie
- ☐ LDL-waarde
- ☐ Leeftijd
- ☐ Polyfarmacie
- ☐ Roken

2. Wat zijn voor u de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten, waardoor u kiest voor het geven van leefstijladvies? Zet de onderstaande factoren op volgorde van belangrijkheid. 1= het belangrijkste, 10= het minst belangrijk.

- ☐ Alcoholgebruik
- ☐ BMI
- ☐ Diabetes
- ☐ Etnische afkomst
- ☐ Geslacht
- ☐ Hypertensie
- ☐ LDL-waarde
- ☐ Leeftijd
- ☐ Polyfarmacie
- ☐ Roken

8.2 Bijlage 2: Enquête onderzoeksvraag 2

Bevolkingsonderzoek Twente over statines

Beste meneer/mevrouw,

Wij zijn drie studenten gezondheidswetenschappen van de Universiteit Twente. Voor onze afstudeeropdracht over het voorschrijven van statines hebben wij deze enquête opgesteld. Statines zijn cholesterolverlagers die worden gebruikt bij het voorkomen van hart- en vaatziekten. Ook al gebruikt u misschien geen statines, willen wij graag weten wat u vindt van het gebruik van deze medicijnen. Het invullen zal ongeveer twee minuten duren en is volledig anoniem. Alvast bedankt voor uw deelname!

Leest u dit alstublieft door voor het beantwoorden van de volgende vragen:

Een hoog cholesterolgehalte in uw bloed kan ervoor zorgen dat uw bloedvaten dichtslibben. Om deze cholesterolwaarden te verlagen kan de huisarts statines voorschrijven. Statines worden dus ook wel cholesterolverlagers genoemd. Op deze manier kan de ontwikkeling van hart- en vaatziekten voorkomen worden.

Zoals vele medicijnen kunnen statines ook bijwerkingen hebben. De meest voorkomende bijwerkingen zijn: spierpijn, hoofdpijn, maag- en darmklachten, jeuk en slaapproblemen. Minder dan 1 op de 1000 mensen krijgt last van een van deze bijwerkingen, niet iedereen heeft hier dus last van.

1)	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens	Weet ik niet
Ik vind de bijwerkingen van statines zorgwekkend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben bereid om statines te slikken (wanneer dit nodig blijkt te zijn), ook al moet ik dit dan voor de rest van mijn leven doen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind de voordelen van statinetherapie zwaarder wegen dan de nadelen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat huisartsen vaker statines voor moeten schrijven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zal altijd zonder twijfel het advies van mijn huisarts opvolgen over het (eventuele) gebruik van statines.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2) Ik vind het gebruik van statines...

Niet goed, het is gevaarlijk

Niet goed, maar het is soms
nodig

Goed, het is nuttig



3) Heeft u nog aanvullende opmerkingen over statines/cholesterolverlagers?

4) Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

5) Wat is uw leeftijd?

6) Wat is uw woonplaats?

7) Wat is uw hoogst afgeronde opleidingsniveau?

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ VMBO
- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ WO
- ☐ Anders, namelijk: _____

8) Bent u bekend met statines/cholesterolverlagers?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9) Gebruikt u statines/cholesterolverlagers?

- ☐ Ja, namelijk*: _____
- ☐ Ja, maar ik weet de naam niet
- ☐ Nee, maar ik heb dit in het verleden wel gedaan
- ☐ Nee, ik heb dit nooit gebruikt
- ☐ Weet ik niet

*Denk bijvoorbeeld aan de volgende medicijnen of merknamen: Simvastatine (*Zocor, Inegy*)

Atorvastatine (*Lipitor, Atozet*), Rosuvastatine (*Crestor*), Fluvastatine (*Lescol*), Pravastatine (*Selektine*)

10) Hoeveel risico denkt u dat u hebt op het krijgen van een hart- of vaatziekte op dit moment? Geef dit aan op een schaal van 1 tot 10. 1 betekent geen risico, 10 betekent een zeer hoog risico.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8.3 Bijlage 3: Overige tabellen

Overzicht van de ingevulde andere behandelopties per casus

	Afhankelijk van risicofactoren	Antihypertensiva	Antihypertensiva en leefstijladvies	Statine-therapie, rode gist rijst en leefstijladvies	Statine-therapie en antihypertensiva	Rode gist rijst	Statine-therapie en rode gist rijst	Leefstijladvies
<i>Casus 1</i>	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Casus 2</i>	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Casus 3</i>	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Casus 4</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Casus 6</i>	-	2	1	1	1	-	-	-
<i>Casus 7</i>	-	-	1	2	1	-	-	1
<i>Casus 8</i>	-	2	1	-	1	-	1	-
Totaal	3	5	4	3	4	1	1	1

Overzicht van het soort statines dat respondenten gebruikten: (N=41)

	Simvastatine	Atorvastatine	Rosuvastatine	Becel pro-actief	Rode gist rijstgisttablett en	Ezetemibe + Pravastatine	Praluent
Aantal	16	11	9	2	1	1	1

Kruistabellen onderzoeksvraag 1

Stellingen →	1.			2.			3.			4.			5.			6.			7.			8.			9.			10.					
Achtergrondfactoren↓	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III			
Geslacht																																	
Man	0	1	18	0	3	16	18	1	0	17	2	0	12	4	3	3	9	7	15	4	0	0	3	16	4	5	10	3	5	11			
Vrouw	0	0	22	1	1	20	10	2	0	20	2	0	13	8	1	2	9	11	21	1	0	0	1	21	2	10	10	5	5	12			
Leeftijd																																	
<37	0	0	5	0	0	5	5	0	0	4	1	0	3	1	1	0	1	4	5	0	0	0	0	5	2	2	1	1	0	4			
37-46	0	1	15	1	1	14	14	2	0	14	2	0	9	5	2	2	6	8	14	2	0	0	2	14	0	8	8	4	6	6			
47-56	0	0	15	0	3	12	14	1	0	14	1	0	10	5	0	3	7	5	14	1	0	0	2	13	3	5	7	2	4	9			
>56	0	0	5	0	0	5	5	0	0	5	0	0	3	1	1	0	4	1	3	2	0	0	0	5	1	0	4	1	0	4			
Soort praktijk																																	
Solopraktijk	0	0	13	0	2	11	13	0	0	12	1	0	8	3	2	3	4	6	11	2	0	0	1	12	2	5	6	2	1	10			
Duo-/groepspraktijk	0	1	27	1	2	25	25	3	0	25	3	0	17	9	2	2	14	12	25	3	0	0	3	25	4	10	14	6	9	13			
Subjectieve werkdruk																																	
<11	0	1	13	0	2	12	13	1	0	13	1	0	8	4	2	1	9	4	12	2	0	0	2	12	1	7	6	1	3	10			
>10	0	0	27	1	2	24	25	2	0	24	3	0	17	8	2	4	9	14	24	3	0	0	2	25	5	8	14	7	7	13			
Stad of platteland																																	
Stad	0	0	18	0	1	17	16	2	0	15	3	0	11	6	1	3	9	6	16	2	0	0	3	15	4	4	10	3	4	11			
Platteland	0	1	22	1	3	19	22	1	0	22	1	0	14	6	3	2	9	12	20	3	0	0	1	22	2	11	10	5	6	12			
Aantal werkuren per week																																	
<27	0	0	5	0	1	4	5	0	0	4	1	0	1	4	0	0	4	1	4	1	0	0	0	5	0	2	3	0	2	3			
27-39	0	0	17	1	1	15	15	2	0	17	0	0	10	6	1	2	6	9	15	2	0	0	1	16	1	6	10	4	4	9			
40-52	0	1	11	0	1	11	11	1	0	11	1	0	10	1	1	2	5	5	12	0	0	0	2	10	4	5	3	2	3	7			
>52	0	0	7	0	1	6	7	0	0	5	2	0	4	1	2	1	3	3	5	2	0	0	1	6	1	2	4	2	1	4			
Aantal jaren werkervaring																																	
<5	0	0	8	1	0	7	8	0	0	7	1	0	5	2	1	0	3	5	8	0	0	0	0	8	2	4	2	1	0	7			
5-15	0	0	15	0	3	12	14	1	0	12	3	0	8	5	2	3	7	5	12	3	0	0	2	13	0	5	10	4	4	7			
16-26	0	1	13	0	1	13	12	2	0	14	0	0	9	4	1	2	4	8	13	1	0	0	2	12	3	6	5	2	6	6			
>26	0	0	4	0	0	4	4	0	0	4	0	0	3	1	0	0	4	0	3	1	0	0	0	4	1	0	3	1	0	3			
Totaal antwoorden(n)	0	1	40	1	4	36	38	3	0	37	4	0	25	12	4	5	18	18	36	5	0	0	4	37	6	15	20	8	10	23			
Totaal respons(n)	41			41			41			41			41			41			41			41			41			41			41		

* = P < 0,05

1-1,7 = Zeer mee oneens
 1,8 - 2,5 = Oneens
 2,6-3,4 = Neutraal
 3,5 - 4,2 = Eens
 4,3 - 5,0 = Zeer mee eens

Kruistabellen onderzoeksvraag 1

Stellingen →	11.			12.			13.			14.			15.			16.			17.			18.			19.			20.		
Achtergrondfactoren	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III			
Geslacht																														
Man	2	3	14	18	0	0	9	6	3	9	6	3	9	3	4	4	5	9	1	5	12	2	2	14	3	6	9	5	6	7
Vrouw	2	11	9	20	0	1	11	6	5	8	9	5	12	4	1	1	5	15	6	4	11	7	5	9	5	11	5	7	4	10
Leeftijd																														
<37	0	2	3	3	0	1	4	1	0	1	3	1	2	1	0	0	2	3	1	0	4	1	2	2	1	2	2	2	1	2
37-46	2	7	7	15	0	0	6	6	3	8	5	2	7	4	0	1	4	9	2	4	8	3	2	9	1	9	4	4	3	7
47-56	2	5	8	15	0	0	7	3	5	6	5	4	10	1	4	3	2	10	4	4	7	4	3	8	4	5	6	6	3	6
>56	0	0	5	5	0	0	3	2	0	2	2	1	2	1	1	1	2	2	0	1	4	1	0	4	2	1	2	1	2	2
Soort praktijk																														
Solopraktijk	1	5	7	12	0	1	6	4	3	3*	4*	6*	4	3	3	3	3	6	3	1	9	3	2	8	4	4	5	4	1	8
Duo-/groepspraktijk	3	9	16	26	0	0	14	8	5	14*	11*	2*	17	4	2	2	7	18	4	8	14	6	5	15	4	13	9	8	9	9
Subjectieve werkdruk																														
<11	3	4	7	14	0	0	8	4	2	6	5	3	6	4	3	5*	2*	7*	2	3	9	3	2	9	1	6	7	3	3	8
>10	1	10	16	24	0	1	12	8	6	11	10	5	15	3	2	0*	8*	17*	5	6	14	6	5	14	7	11	7	9	7	9
Stad of platteland																														
Stad	2	4	12	16	0	0	9	6	2	7	8	2	9	2	4	3	6	8	3	2	11	4	2	10	3	6	7	3	3	10
Platteland	2	10	11	22	0	1	11	6	6	10	7	6	12	5	1	2	4	16	4	7	12	5	5	13	5	11	7	9	7	7
Aantal werkuren per week																														
<27	1	4	0	5	0	0	2	2	1	4	1	0	2	2	1	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2
27-39	1	6	10	15	0	1	8	5	4	6	8	3	8	2	2	0	5	12	3	3	11	4	2	11	4	8	5	5	5	7
40-52	1	3	8	12	0	0	8	2	2	5	4	3	7	3	1	3	2	6	3	2	7	2	3	7	1	6	5	3	3	6
>52	1	1	5	6	0	0	2	3	1	2	2	2	4	0	1	1	2	3	0	3	3	2	1	3	2	1	3	3	1	2
Aantal jaren werkervaring																														
<5	0	3	5	6	0	1	5	3	0	2	5	1	2	2	1	0	3	5	1	1	6	1	2	5	1	4	3	3	1	4
5-15	3	6	6	14	0	0	5	5	4	7	4	3	8	2	2	3	3	7	4	3	7	4	2	8	2	7	5	5	3	6
16-26	1	5	8	14	0	0	8	2	4	6	5	3	9	2	2	1	3	10	2	4	7	3	3	7	3	5	5	3	4	6
>26	0	0	4	4	0	0	2	2	0	2	1	1	2	1	0	1	1	2	0	1	3	1	0	3	2	1	1	1	2	1
Totaal antwoorden(n)	4	14	23	38	0	1	20	12	8	17	15	8	21	7	5	5	10	24	7	9	23	9	7	23	8	17	14	12	10	17
Totaal respons(n)	41			39			40			40			33			39			39			39			39			39		

* = P < 0,05

1-1,7 = Zeer mee oneens

1,8 - 2,5 = Oneens

2,6-3,4 = Neutraal

3,5 - 4,2 = Eens

4,3 - 5,0 = Zeer mee eens

8.4 Bijlage 4: Spreiding van geslacht en leeftijd bij de steekproef van onderzoeksvraag 2

