Zijn peer sessies met hoog risicopatiënten waardevol als onderdeel van de cardiovasculaire preventie in een huisartspraktijk?

Haio: DE NYS Charlotte , U.G.
Promotor: DECAT Peter , U.G.
Praktijkopleider: Merckx Bart

Context: In Europa is 37% van de totale sterfte te wijten aan cardiovasculaire (CV) ziekten. Preventie, diagnostiek en behandeling hebben dit percentage reeds doen dalen. In België is het mortaliteitsrisico van CV ziekten op deze manier 45% gedaald door de aanpak van onderliggende risicofactoren zoals hypercholesterolemie, hypertensie en roken. Echter, ondanks het bestaan van evidence based medicine betreffende een gezonde levensstijl als behandeling en ter preventie van hart- en vaatziekten, worden de doelwaarden in de richtlijnen niet altijd bereikt. De euroaspire papers beschrijven de bezorgdheid over de persisterende ongezonde levensstijl van patiënten die reeds een event hebben doorgemaakt. Daarnaast wordt de gewenste trend deels te niet gedaan door andere risicofactoren die in opmars zijn zoals diabetes, obesitas en de stijgende levensverwachting. Als we kijken naar de eigen praktijk, zijn er een aantal struikelblokken voor het bespreken van levensstijlveranderingen zowel bij de arts als bij de patiënt.

Onderzoeksvraag: Daarom onderzoek ik in deze studie of interactieve peer sessies rond cardiovasculaire preventie een meerwaarde kunnen zijn in de huisartspraktijk naast de klassieke levensstijladviezen van huisarts aan patiënt. Hierbij wordt er gekeken welke contextuele factoren bepalend zijn. Kan dit georganiseerd worden in de huisartspraktijk? En wat is de mogelijk rol van de huisarts hierin?

Methode: Er werden 3 sessies georganiseerd in de huisartspraktijk waarbij 14 deelnemers met een cardiovasculair hoog risico konden interageren over voeding en beweging, in het bijzijn van een arts. Daarna werden 5 diepte interviews afgenomen over de beleving van de deelnemer aan de interventie. Deze interviews werden verwerkt via de kwalitatieve onderzoeksmethode, realist evaluation, waarbij uitspraken werden ingedeeld volgens de CMO configuratie: context, mechanisme of outcome. Zo probeer ik een antwoord te geven op de vraag: ‘wat werkt, voor wie, in welke context, en wat heeft daarvoor gezorgd’.

Resultaten: De voornaamste contextfactoren waren: Praten gaat best met mensen die tevens een medische voorgeschiedenis hebben; een tiental personen in een kleinere ruimte waarbij iedereen elkaar goed ziet is perfect, onafhankelijk of de locatie de huisartspraktijk is of niet; een positieve groepssfeer draagt bij tot het contact met elkaar en tot positieve gevoelens over de sessies; de peer sessies worden gezien als een sociaal gebeuren, losgekoppeld van ziekte; de aanwezigheid van de huisarts geeft de deelnemers een goed gevoel; voornamelijk het beantwoorden van (medische) vragen in eenvoudige taal is belangrijk. De interactie met anderen is het belangrijkste mechanisme voor de deelnemers. Hierbij spelen (h)erkenning van emoties een rol. Deelnemers gingen zich vergelijken met de levensstijl en fitheid van leeftijdsgenoten hetgeen motiverend alsook demotiverend kan werken. Als outcome van de interactiegroep kunnen we stellen dat iedereen tevreden was over de interventie. Het stimuleert het bewustzijn over de huidige toestand en zet aan tot denken. Meetbare veranderingen kunnen niet aangetoond worden.

Conclusie: Algemeen kan ik stellen dat het organiseren van peersessies over voeding en beweging goed onthaald werd bij de deelnemers. Ook als arts heb ik een positieve ervaring achter de rug en

nieuwe inzichten verworven omtrent welke mechanismen bijdragen tot gedragsverandering. Verder grootschalig empirisch onderzoek zou kunnen bestuderen of deze vorm van gezondheidspromotie werkelijk een meerwaarde kan betekenen in de preventie en vergelijken met de traditionele manier van informatie overdracht tijdens het consult. Desalniettemin vraag de organisatie tijd en mankracht. Een financieel kader voor deze vorm van preventie in een niet-forfaitaire praktijk is er heden nog niet.