Praktijkpreventie via nieuwe media: realistisch op gemeenschapsniveau?

Carmen Binst, MD, UGent

Promotor: Peter Decat, MD, PhD, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“**People don’t resist change, they resist being changed**”

Peter Senge

Voorwoord

Soms moeten we het in een masterproef wat verder gaan zoeken. Vernieuwend uit de hoeken durven komen. Verder denken dan onze stethoscoop lang is. Mensen de tijd gunnen te veranderen en daar op een motiverende manier mee omgaan. Tevens mensen bij elkaar brengen en daar iets moois van proberen maken. De maatschappij binnen het groter plaatje bekijken. Ik trachtte in deze masterproef met behulp van Peter dat alles te verwerken in wat ik u vandaag presenteer. Geen droge rauwe data, maar de neerslag van mijn zoektocht naar wat nieuwe media kunnen betekenen in onze hoogtechnologische maatschappij. Nieuwe media hebben de laatste jaren op vele vlakken een hele verandering gebracht. Ik bekijk dit van op afstand en besef dat er zowel positieve als negatieve aspecten te vernoemen zijn. Het boeide mij daarom te onderzoeken wat de rol van huisartsen binnen dit kader kan zijn. Ik geloof er immers in dat de boot van de nieuwe media als artsen missen, geen goed plan is. We moeten mee zijn met waar onze patiënten in het dagelijkse leven mee geconfronteerd worden. We moeten hen motiveren een belangrijke rol te vervullen in hun eigen zorgplan en preventie van ziekte. Hen hierbij betrekken kan van grote impact zijn. Dit alles is niet altijd eenvoudig te bekijken in een 1-1 relatie arts-patiënt. Het lijkt beter om dit op maatschappelijk niveau te doen. Hoe we dat concreet hebben aangepakt, leest u verder in dit proefstuk.

Alvorens u tot het lezen ervan overgaat, wens ik graag mijn promotor Peter Decat te bedanken. Hij is een huisarts met het hart op de juiste plaats. Ik heb van hem enorm veel geleerd. Niet enkel op geneeskundig, dan wel op sociaal vlak. De strategieën en theorieën die hij ons aanbracht hebben mij als mens verrijkt. Hij heeft ons niet alleen een masterproef willen laten maken, maar ook iets willen bijbrengen dat we zullen meedragen voor de rest van onze carrière. Hij nam tijd vrij om ons te begeleiden en ons op het juiste pad te zetten. Ik heb me op geen enkel vlak alleen gevoeld in mijn strijd met dit proefstuk. Tevens wil ik mijn medestudenten Emmily, Laura en Gert bedanken voor het luchtig houden van de bijeenkomsten en het delen van hun visie omtrent gezondheidszorg. Jullie zijn fantastische artsen.

Ook de artsen uit de huisartsenpraktijk Balegem, Elke, Filiep, Jo en Paul verdienen een vermelding. Hun enthousiasme om mee patiënten te rekruteren voor het project en ook hun geïnteresseerde vragen over de vooruitgang ervan, zijn mij niet ontgaan. De deelnemende patiënten, en in het bijzonder deze waarvan ik een interview mocht afnemen, hebben mij gemotiveerd om vol te houden. Ik hoop dat ook zij gemotiveerd blijven om hun doelen te

bereiken. Ook Els van de vzw PANACEA en de artsen uit de kring die mijn nuttige links hebben gepubliceerd verdienen een vermelding.

Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor hun geloof in mij, hun steun en liefde. Zus, mama, papa en Jeroen, dit is niet het laatste project dat ik voor ogen heb. Ik weet echter dat jullie me in al mijn volgende onvoorwaardelijk zullen blijven steunen. Ik doe mijn best om voor jullie hetzelfde te doen.

Gent, 01/05/2017

English Abstract

Background

Only a limited number of studies are implemented concerning the use of new media in family practice as a prevention tool on community level. Given that the role of the internet and social media is getting more important in society, it could be useful to think about dealing with it in daily practice. Following the CANMEDS roles, general practitioners should also be taking up a role as a health advocate at community level.

Objective

The aim of this study was to investigate the role of new media as a prevention tool in family practice. A hypothesis was set up to analyze whether motivating people from a family practice to participate in an online discussion about physical activity and smoking cessation, would lead to an individual behavioral change. It was also the intention to explore for whom an online discussion could work, how and in which circumstances by making use of a realist evaluation.

Methods

21 people were brought together by the researcher in two online google discussion groups: one concerning healthy physical activity and another concerning smoking cessation. By use of a moderator a discussion was set up. Afterwards, data were collected from the online discussion groups and from 4 semi-structured interviews taken from participants of the project. Nvivo 11 was used for data analysis.

Results

Out of all participants (n=21), only women (n=5) actively participated in the google discussions. Furthermore, the moderator had to actively keep the discussion going on. Participants who were interviewed afterwards rediscovered their motivation to quit smoking or start up physical activity. Discussions developed slowly but the interviewees mentioned not only discussing the topic online but also in daily life. They also noticed being in search of mental support. In the future it would be interesting to narrow the target population and to test the same project with another medium for example Facebook. As an outcome of this project, we saw that people are in need of the right tools and websites to gather information. A list of scientifically sound websites was distributed through the google discussion groups, the website of several GP practices and the website of vzw PANACEA. The latter initiative was welcomed by the participants and patients.

Conclusions

The use of new media can be useful in GP practices when promoting health. Through social media patients can find support and relief, especially for those feeling alone. Moreover it is a paramount important that patients are properly informed about their health condition, and to guide them in finding scientifically sound advice on the internet.

Nederlandstalige Abstract

Achtergrond

Slechts een beperkt aantal studies gaan over het gebruik van nieuwe media in de huisartspraktijk als preventiestrategie op gemeenschapsniveau. Gezien de rol van het internet en sociale media steeds belangrijker wordt in onze samenleving, kan het nuttig zijn om na te denken hoe we hier mee kunnen omgaan in de dagelijkse praktijk. Wanneer we de CANMEDS rollen erop nakijken, kunnen huisartsen bovendien ook een rol opnemen als gezondheidsbevorderaar op gemeenschapsniveau.

Doel

Het doel van deze studie was na te gaan wat de rol van nieuwe media binnen het preventiebeleid in de huisartspraktijk zou kunnen zijn. Een hypothese werd opgesteld om na te gaan of mensen uit de huisartspraktijk motiveren om deel te nemen aan een online forum over rookstop en beweging leidt tot een interactieve online discussie tussen deelnemers en huisarts welke kan bijdragen tot gezonder gedrag (rookstop en meer beweging). Het was ook de bedoeling om door middel van een realist evaluation na te gaan voor wie de online discussie zou kunnen werken, hoe en in welke omstandigheden.

Methode

21 mensen werden door de onderzoeker samengebracht in twee online google discussiegroepen: de ene rond gezond bewegen, de andere rond rookstop. Onder begeleiding van een moderator werd een discussie opgestart. Nadien werden gegevens verzameld vanuit de online discussiegroepen en vanuit 4 semigestructureerde interviews, afgenomen bij deelnemers van het project. Nvivo 11 werd gebruikt voor de data-analyse.

Resultaten

Van alle deelnemers (*n*=21), namen enkel vrouwen (*n*=5) actief deel in de google discussiegroepen. De moderator diende de discussie wel voortdurend op gang te houden, gezien deze dreigde stil te vallen. De deelnemers die achteraf geïnterviewd werden vonden hun motivatie terug om te stoppen met roken of te starten met bewegen. De online discussies ontwikkelden traag, maar de geïnterviewden meldden wel dat ze niet enkel online over het onderwerp spraken, maar ook in hun dagelijkse leven. Ze vermeldden ook op zoek te zijn naar mentale steun. In de toekomst zou het interessant kunnen zijn de doelpopulatie te vernauwen en het zelfde project te testen met een ander medium zoals bijvoorbeeld Facebook. Als een

uitkomst van het project, zagen we dat onze patiënten nood hadden aan de juiste handvaten en websites om informatie te verzamelen omtrent hun gezondheid. Een lijst van wetenschappelijk correcte websites werd dan ook verspreid in de googlediscussiegroepen, op de website van verschillende huisartspraktijken en op de website van de huisartsenkring vzw PANACEA. Dit laatste initiatief werd warm onthaald door de deelnemers en de patiënten van de praktijk.

Conclusie

Het gebruik van nieuwe media kan nuttig zijn om in de huisartspraktijk aan gezondheidsbevordering te doen. Door middel van sociale media kunnen patiënten steun en begrip vinden, zeker zij die zich alleen voelen. Bovendien is het erg belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd blijven over hun gezondheid en dat we hen begeleiden naar het vinden van correcte informatie op het internet.

Inhoudstabel

Voorwoord 3
Abstract 5
Inleiding 11
Literatuurstudie 13
Introductie 13
Methode en materialen 13
Resultaten 13
Theory of Planned Behavior 13
Gebruik van nieuwe media in de gezondheidspromotie 16
Onderzoeksstudie 23
Inleiding 23
Methode en materialen 23
Thema's 23
Rekrutering van deelnemers 23
Beschrijving van de interventie: een online platform voor interactie 24
Evaluatie van de interventie volgens de principes van realist evaluation 26
Dataverzameling 27
Data-analyse 28
Resultaten 29
Beschrijving van de karakteristieken van de studiepopulatie 29
Verloop discussiegroepen 30
Testen van CMO-hypothese 32
Discussie 39
Karakteristieken 39
Context 39
Mechanisme 41
Outcome 43
Financiële aspect 45
Beperkingen van het onderzoek 45
Aanbevelingen voor verder onderzoek 46
Conclusie 48
Bronnen 51

Bijlagen 53
Bijlage 1: Affiche praktijkproject 53
Bijlage 2: Flyer praktijkproject 54
Bijlage 3: Mail gericht aan collegae 55
Bijlage 4: Lijst met nuttige websites 56
Bijlage 5: Goedgekeurd protocol 60
Bijlage 6: Gunstig advies ethisch comité 63

Inleiding

Nieuwe media en hun toepassingen krijgen een steeds prominentere rol in onze maatschappij. Deze evolutie stelt zich ook in de gezondheidszorg. We merken dat patiënten steeds gretiger gebruik maken van het internet. Aldus een grootschalige studie in opdracht van de Europese commissie[1] zou 56% van de Belgen het internet gebruiken om gezondheidsgerelateerde informatie op te zoeken. Een groep HAIO's die het effect van internetgebruik op ongerustheid bij patiënten bestudeerden, beweert echter dat we ons hierover nog geen zorgen hoeven te maken[2]. Zij stelden dat het gebruik ervan mensen meestal niet ongeruster maakt. Ook consulteert, aldus deze onderzoekers, meer dan de helft van de Vlamingen die op het internet op zoek gaat naar gezondheidsinformatie, achteraf alsnog de huisarts. Omtrent het gebruik van diverse toepassingen van het internet door de Belgen zijn minder gegevens gekend.

In één van de zeven rollen van het CANMEDS model, toegepast op de huisarts, is er voor artsen een taak weggelegd als "health advocate" op verschillende niveaus. Zo wordt deze taak onder andere op het niveau van de gemeenschap beschreven. De invulling van deze rol voor de huisarts is tot op heden echter weinig concreet en naar onze mening onvoldoende ingevuld. In deze masterproef willen we onderzoeken of nieuwe media bruikbaar zouden kunnen zijn om een deel van deze rol in te vullen. In het Engels wordt binnen het CANMEDS model gesproken van "health advocacy at community level". Het is moeilijk deze term in het Nederlands te vertalen gezien één woord de lading onvoldoende denkt. Vertalingen die in de literatuur gebruikt worden zijn deze van: gezondheidsadvocaat, pleitbezorger op vlak van gezondheid en gezondheidspromotor. De bedoeling is echter niet om enkel promotie te maken, maar ook om effectief de gezondheid van onze gemeenschap te verbeteren, aldus te bevorderen. Deze laatste vertaling wordt dan ook minder geschikt bevonden. In een aantal andere beschrijvingen maakt men meer gebruik van de algemene term: maatschappelijk handelen bij het verwoorden van "health advocacy"[3,4]. Hieronder kunnen we dan tevens het bevorderen van de gezondheid van patiënten en de gemeenschap kaderen, maar ook het rekening houden met wetenschappelijke, ethische, politieke, en socio-economische factoren onder andere wettelijke bepalingen en het adequaat reageren op incidenten in de zorg[5-7]. We zullen ons in deze masterproef beperken tot de rol van de arts als health advocate binnen de gezondheidsbevordering van een gemeenschap.

Artsen kunnen via nieuwe media een rol spelen in het informeren of begeleiden van hun patiënten. Door de Orde Der Geneesheren en de Ethische Commissie van het UZ Gent wordt

de boodschap verspreid dat artsen en patiënten geen vrienden mogen worden op Facebook en dat zorgvuldig dient te worden omgegaan met het maken en verspreiden van persoonlijke websites van artsenpraktijken[8]. Echter Luc Colemont, gastro-enteroloog en voorstander van de door de overheid georganiseerde darmkankerscreening is hier niet helemaal mee akkoord. Hij postte zelf een reactie op Twitter naar aanleiding van deze boodschap. Zijn argumenten laat hij weerklinken door een artikel van Howard Luks, een orthopedisch chirurg, te citeren met als titel: "*Go where the patients are: Why this doctor is active on social media*". Het artikels is eenvoudig te raadplegen op het internet, al omvat de titel reeds de kern van de zaak. Een andere jonge arts die het nut van sociale media ziet is Matt Dull, assistent chirurgie. Zijn opiniestuk luidt: "*Successful doctors will find meaningful ways to use social media to engage patients and colleagues*". Ook hier brengt de titel ons meteen tot de boodschap die deze arts wil brengen. Via nieuwe media kunnen we interageren met collega's, maar ook met onze patiënten. Dit door artikels en opiniestukken te posten via sociale media, maar ook door eigen Facebookgroepen te leiden. Voorlopig nog vooral onder collega's, maar in de toekomst ook meer en meer gericht op patiënten. We vroegen ons af of het daarom haalbaar en zinvol kon zijn om een online interactie op te zetten onder patiënten, gestuurd door een arts, maar gericht op het delen van ervaringen, meningen, ideeën en discussie onder patiënten over een aantal belangrijke gezondheidsthema's.

Na een korte literatuurstudie, dewelke u verder in deze masterproef kan raadplegen, zal dan ook worden overgegaan op een eigen onderzoeksopzet waarbinnen patiënten uit de "Huisartsenpraktijk Balegem" deelnamen. Via google discussiegroepen werden mensen verzameld rond uiteindelijk twee gezondheidsthema's: gezond bewegen en rookstop. Door middel van een arts, die optrad als moderator, health advocate, werd getracht een discussie te starten. Uiteindelijk werden ook 4 deelnemers van het project semigestructureerd geïnterviewd en hun bevindingen zullen worden beschreven en geanalyseerd.

De discussie en conclusie van de resultaten zullen worden geanalyseerd door middel van een "realist impact evaluation". Deze methodologie wordt gebruikt om interventies te evalueren. Realist evaluation focust in belangrijke mate op het proces van de interventie en probeert een antwoord te geven op de vraag: "wat werkt, voor wie en in welke omstandigheden?". De methode analyseert het proces van de interventie en de resultaten in het licht van contextuele factoren.

Literatuurstudie

Introductie

Ter voorbereiding van het onderzoek dat verder in deze masterproef zal verduidelijkt worden, werd de literatuur omtrent dit onderwerp bekeken. We trachtten een antwoord te vinden op de vraag welke online interactiegroepen met patiënten er reeds bestonden. Gezien de recente opkomst van sociale media en het bestaan van online discussiegroepen konden we via de traditionele wetenschappelijke databases niet veel accurate vergelijkbare studies vinden. Doch, een aantal opmerkelijke resultaten zullen worden besproken. In een eerste deel van de literatuurstudie zal dieper ingegaan worden op de "Theory of Planned Behavior" (TPB). Dit theoretisch model geeft ons een breder kader waar binnen gedrag en de voorlopers van gedrag worden bestudeerd. Om gezond gedrag te promoten is het immers van belang op een gestructureerde manier te kunnen kijken naar dit gedrag en eventuele gedragsverandering. Een tweede onderdeel omhelst een beschrijving van de gevonden literatuur met betrekking tot het gebruik van sociale media als hulpmiddel bij gezondheidspromotie. We zullen dit laatste zowel op individueel als op gemeenschapsniveau bekijken.

Methode en materialen

Er werd gebruik gemaakt van de zoekmachines: "Google Scholar", "Web of Science" en "Pub Med". Hierbij werden de volgende zoektermen ingegeven: "health promotion social media", "health advocate community", "canmeds roles health advocate", "Web-based intervention prevention",… Wetenschappelijke artikels tot 20 jaar terug, dus na het jaar 1996, werden geselecteerd. Het psychosociale model van de TPB werd door de promotor van dit onderzoek aangereikt.

Key words: Community based – prevention – peers – social media

Resultaten

Theory of Planned Behavior

Het doel van de "theory of planned behavior" (TPB) is het begrijpen, voorspellen en veranderen van menselijk sociaal gedrag. Ze beschrijft dit menselijk gedrag en de voorlopers ervan. Gedragsverandering zou, aldus de theorie, immers bewerkstelligd kunnen worden door in te grijpen op deze voorlopers.

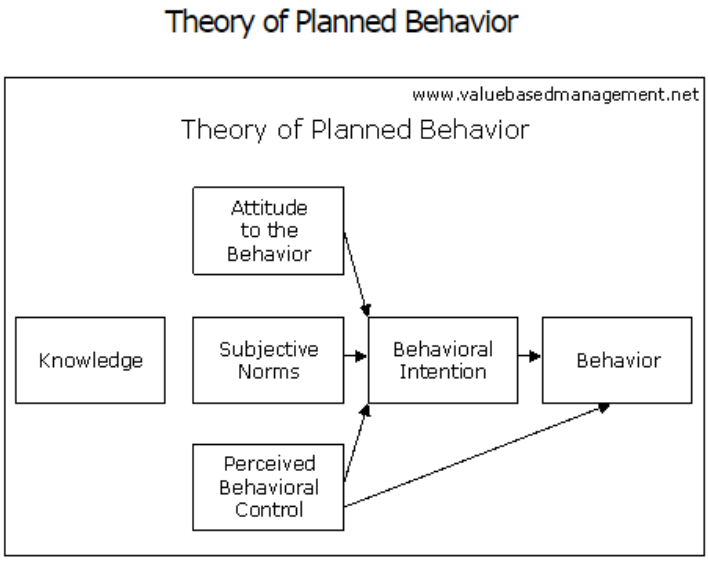
Aan de hand van *figuur 1*[9] wordt getracht de theorie te verduidelijken. Uit deze figuur kunnen we afleiden dat een intentie of voornemen omtrent het gedrag de onmiddellijke voorloper is

van het gedrag zelf. Dit voornemen wordt op zijn beurt geleid door de houding van een persoon of gemeenschap over de gevolgen van zijn of haar gedrag. Het zijn deze overtuigingen omtrent attitude, normen en controle die we zouden moeten kunnen veranderen om ons te brengen tot verandering van de initiële voornemens van een individu of gemeenschap. Deze verandering leidt op zijn beurt dan weer tot verandering van het eigenlijke gedrag.

De TPB houdt ook rekening met "reasoned action"[9-11]: een actie wordt uitgevoerd met een reden en dus niet automatisch of zonder nadenken. Men is zich bewust van de gedachten en gevoelens die leiden tot onze beslissingen. De theory of planned behavior is de opvolger van de theory of reasoned action. De toevoeging bestaat eruit dat gedrag niet 100% vrijwillig is of zonder controle. Daarom werd er "perceived behavioral control" toegevoegd. Samengevat wordt volgens de TPB ons gedrag geleid door 3 zaken:

1. Behavioral beliefs (overtuigingen over de waarschijnlijke gevolgen van het gedrag). Deze geven een gunstige of ongunstige attitude naar het gedrag toe = "attitude to the behavior".
2. Normative beliefs (overtuigingen over de normatieve verwachtingen van anderen). Deze geven het gevoel sociale druk te ontvangen of aan subjectieve normen te moeten voldoen = "subjective norms".
3. Control beliefs (overtuigingen over de aanwezigheid van factoren die de aanmaak van het gedrag zouden kunnen vergemakkelijken of bemoeilijken). Deze geven een waargenomen controle over het gedrag = "perceived behavioral control".

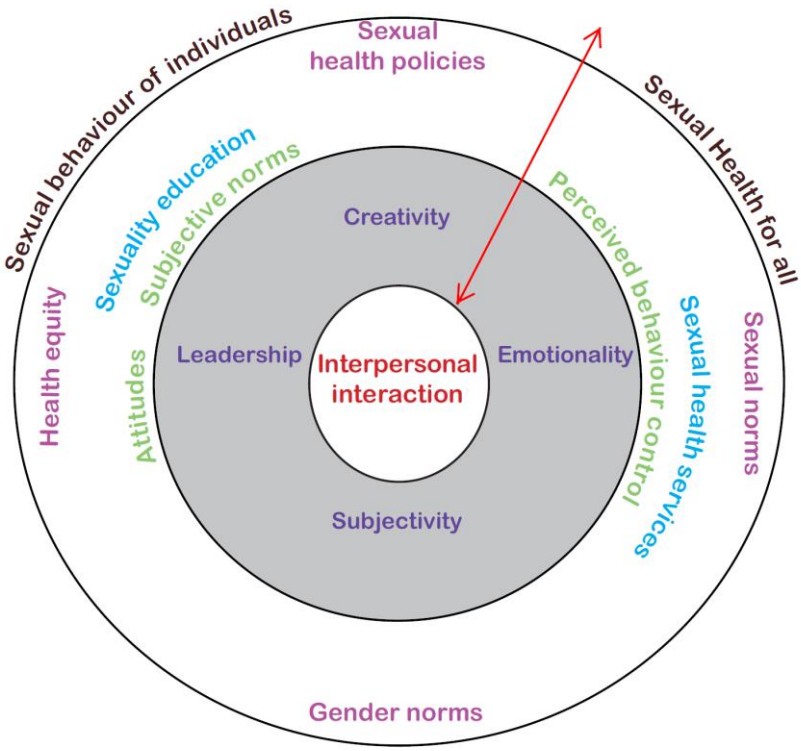
Hoe gunstiger de houding ten opzichte van het gedrag, hoe gunstiger de subjectieve normen én hoe groter de waargenomen controle, hoe sterker de intentie om een bepaald gedrag te stellen in een bepaalde casus of situatie.



Figuur 1 - theory of planned behavior[9]

Door een enkele voorloper van gedrag te veranderen zal men geen groot effect bereiken op het eigenlijke gedrag. Er moeten voldoende wijzigingen optreden in meerdere voorlopers om een gedragsverandering in te zetten. Toegepast in de praktijk moet de aandacht bij het aanzetten tot gedragsverandering volgens de theorie dus voornamelijk naar alle voorlopers van gedrag gaan, eerder dan naar het trachten veranderen van het gedrag zelf. Hierbij dienen niet enkel de traditionele benadering, dewelke voornamelijk focust op informeren en bijbrengen van kennis, maar ook verder gezochte voorlopers van gedrag te worden betrokken. We denken dan aan overtuigingen, zelfreflectie, culturele contexten, vaardigheden,…

Een alternatief model, complementair aan de TPB, wil aantonen dat je door interactie ook verandering kan bewerkstelligen[12]. In het model staat de interactie en communicatie tussen individuen centraal om de hoger vermelde elementen van attitude, waargenomen normen en controle te veranderen. In onderstaande *figuur 2* wordt het model toegepast op de seksuele gezondheidspromotie. Verder in deze masterproef zullen we het model trachten toe te passen op de eigen interventie.

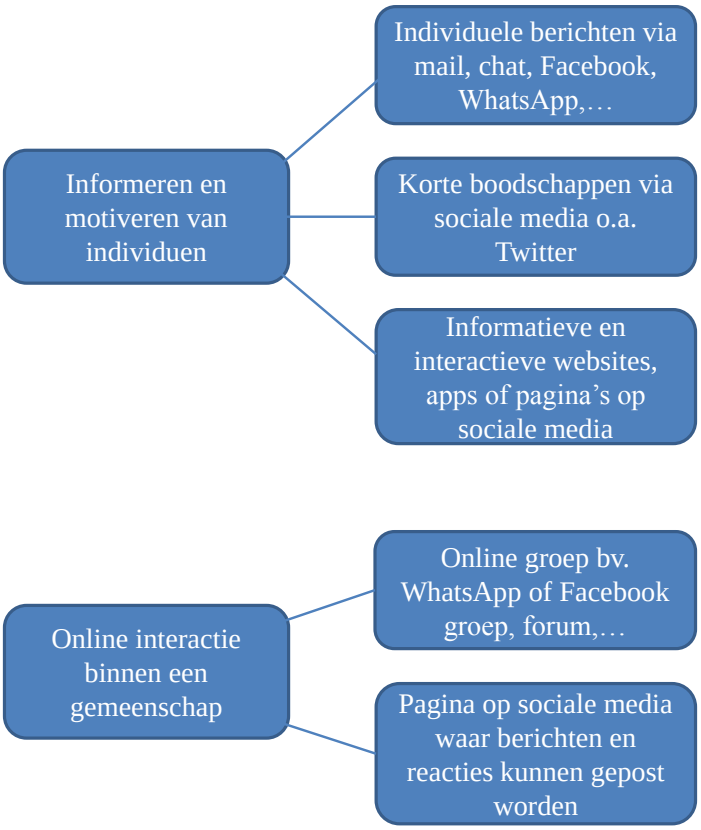


Figuur 2 - Alternatief model voor gezondheidspromotie: interpersoonlijk interactie is de aansturende kracht voor verandering op persoonlijk, gemeenschaps- en sociaal niveau en leidt uiteindelijk tot verbeterde seksuele gezondheid. Wijzingen in deze factoren beïnvloeden het proces, het welke intrinsiek dynamisch is (pijl). Vertaling uit: Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact[12]
Groen: persoonlijk niveau Blauw: gemeenschapsniveau Paars: sociaal niveau
Grijs: transformatieniveau met veranderende factoren

Interpersoonlijke interactie is de aansturende kracht in het model. Echter wanneer we verder graven in het model zien we dat elke laag in de cirkel zijn eigen betekenis heeft. Zo krijgen in de tweede laag van het model de sociale factoren: emotionaliteit, subjectiviteit, leiderschap en creativiteit een plaats. Een tweede doel van de interventiestrategie zou dus het organiseren van een veilige omgeving kunnen zijn waarin deze factoren, die het proces van verandering kunnen versnellen, aanwezig zijn. Deze veranderende factoren stimuleren enerzijds de interpersoonlijke interactie zelf en anderzijds ook opnieuw het effect van de interpersoonlijke interactie op individueel, gemeenschaps- en sociaal niveau. Het zijn deze factoren die we in de eigen interventie zullen trachten op te sporen.

Gebruik van nieuwe media in de gezondheidspromotie

Figuur 3 geeft een aantal verschillende methoden weer waarop via nieuwe media aan gezondheidspromotie kan gedaan worden. De verschillende studies die deze methoden illustreren zullen verder worden aangebracht.



Figuur 3 – Manieren waarop via nieuwe media aan gezondheidspromotie kan worden gedaan

Informeren en motiveren van individuen

Een relatief groot aantal studies zijn terug te vinden over het informeren en motiveren[13-20] van individuen via online methodieken. Dit kan zoals in *figuur 3* weergegeven op verschillende manieren: bijvoorbeeld via smartphone applicaties, via sociale netwerksites… De meeste studies tonen het succes aan van zo een online interventie op een termijn van een aantal maanden. Zo hebben onderzoekers van de "University of Georgia" (Athens, USA)[14] na 3 maanden een positief effect gezien op de alcoholconsumptie onder hun interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Bij deze interventie werden studenten met een problematische alcoholconsumptienorm geselecteerd en benaderd door middel van individuele facebookberichten gebaseerd op hun persoonlijk profiel. De berichten werden opgevolgd een aangepast naar gelang de persoonlijke evolutie van de student gedurende de tijd van het onderzoek. Bij een onderzoek van Turner et al.[18] rond gewichtsverlies werden voornamelijk informatieve berichten gepost via Twitter. Een interventie via twitter is minder persoonlijk en gebeurt eveneens in één richting. Toch werd ook hier over een termijn van 6 maanden een positief effect gezien op de afname van het gewicht van de 47 deelnemers.

In het merendeel van vergelijkbare studies zien we een interventie die effecten heeft op korte termijn. De lange termijneffecten werden in de meeste studies niet bestudeerd. Uiteraard zijn

deze moeilijker te analyseren en op te volgen. Bovendien is de trend van het gebruik van sociale media nog maar recent opgekomen. We kunnen afleiden uit een review van uiteenlopende online interventies met betrekking tot fysieke activiteit gepubliceerd door Vandelanotte et al.[19] dat in 8 van de 15 studies een verandering in positieve zin van de fysieke activiteit optrad bij de bevraagde personen. Deze review dateert van het jaar 2006 en dus van voor de opkomst van sociale media. Ze focust op diverse interventies door middel van e-mail, interactieve websites, forums, chats,… De studie besluit dat deze vormen van interventies vaak van korte duur blijken te zijn en geen veranderingen kunnen aantonen in de fysieke activiteit van de deelnemers op lange termijn. De gedragsveranderingen blijken maar van korte duur. Dit laatste kan door de onderzoekers niet verklaard worden en er wordt aangestuurd meer onderzoek te verrichten naar hoe deze gedragsveranderingen kunnen worden onderhouden. Ook Walters et al[20] bekeken in een review de lange termijn resultaten van verschillende geautomatiseerde computer en internet modaliteiten op rookstop en tabakspreventie. De studie liep van 1995 tot augustus 2004 en concludeerde dat in 9 studies een statistisch significante of verbeterde uitkomst werd vastgesteld met betrekking tot rookstop of tabakspreventie op het punt waar de follow-up van de deelnemers stopte, dit in vergelijking met een controlegroep. Het mechanisme dat het beste scoorde waren door de computer gegenereerde feedback rapporten die via mail naar de deelnemers werden toegestuurd.

Ook via sociale netwerkpagina's kan aan gezondheidspromotie op individueel niveau worden gedaan. Ter verkenning voerden we op de sociale netwerksite Facebook de termen "physical activity" en "smoking cessation" in. Afhankelijk van de invoerder worden verschillende informatieve pagina's, pagina's van verenigingen, campagnes,… gesuggereerd. De ene al uitgebreider of met meer volgers dan de andere. Het is moeilijk hierbij een onderscheid te maken in kwaliteit. In een Amerikaanse review omtrent de promotie van rookstop via rookstoptelefoonlijnen[21] werden een aantal traditionele methoden van promotie vergeleken met meer innovatieve vormen als internet en sociale media. Voornamelijk de karakteristieken van de deelnemers werden bestudeerd. Zo bleek dat nieuwe media duidelijk een jonger publiek aantrekken. Het effect van de promotie van de rookstoplijn via traditionele media werd in de literatuur enkel bestudeerd bij grote mediacampagnes bijvoorbeeld via televisieadvertenties. Deze campagnes zouden wel effectief gebleken zijn met een toename van het aantal oproepen via de rookstoptelefoon. Er is aldus de studie geen literatuur beschreven omtrent de effectiviteit van promotie via nieuwe media op het aantal oproepen.

Online interventies binnen een gemeenschap

Traditioneel worden sociale media gebruikt voor een-richtingsboodschappen naar het publiek[22]. Mensen krijgen gezondheidsbevorderende berichten op zich af. Echter, sociale media hebben het potentieel om interactie over gezondheidsthema's via internet te stimuleren. Een aantal grote studies zullen hieronder worden aangehaald.

Het Canadese rookstopprogramma Crush the Crave[23] ontwierp een facebookpagina waarin ondersteunende tekstberichten, afbeeldingen en grafische weergaven van het rookstopproces werden gedeeld. Deelnemers konden op deze pagina ook hun ervaringen rond rookstop uitwisselen. Via de door het programma ontwikkelde Crush the Crave app of rechtstreeks via een internetzoekmachine kon je op de Crush the crave facebook pagina terechtkomen. Gedurende 1 jaar, namelijk van april 2012 tot en met april 2013, werd het programma gestuurd en gepromoot via Google en Facebook advertenties. Na deze proeffase liep het project nog verder, maar werd het niet meer actief gepromoot. Momenteel wordt door de organisatoren van Crush the Crave via de app ook een op maat gemaakt stopplan aangeboden om rookgewoonten en de drang om te roken te helpen begrijpen. Gebruikers kunnen nu ook hun gezondheid berekenen, hun resultaten delen met anderen om meer steun te krijgen van online vrienden, videos bekijken en chatten met vrienden in perioden waarin ze het lastig hebben.

Cheung et al.[24] vergeleken het gebruik van WhatsApp en Facebook ter preventie van herval bij personen die recent stopten met roken. 136 personen werden gerandomiseerd in verschillende Facebookgroepen (n=40), WhatsAppgroepen (n=42), en een controlegroep (n=54). De twee interventiegroepen namen gedurende 2 maanden deel aan een online groepsdiscussie op ofwel Facebook ofwel via WhatsApp. De groepen werden begeleid door een tabakoloog en iedereen ontving ook een zelfhulpboekje omtrent rookstop. De controlegroep ontving enkel het boekje.

In de Safe Eats studie[14] werd eveneens een interventie op sociale media opgezet om de kennis, attitude en vaardigheden van jongvolwassen met betrekking tot voedselveiligheid te verbeteren. 710 studenten werden geïncludeerd in ofwel de behandelings- ofwel de controlegroep. Vooraf werden bij alle deelnemers vragenlijsten afgenomen. 4 online focusgroepen werden opgericht. Studenten ontmoetten elkaar online in deze focusgroepen op afgesproken tijdstippen. De studenten ontvingen alvorens deel te nemen aan de focusgroep ook een les omtrent voedselveiligheid.

Valle et al.[25] bakenden een beperkte onderzoeksgroep af van jonge kankerpatiënten, maar behandelden tevens het thema fysieke inspanning. Er werd gewerkt in een zeer interessante setting om zoveel mogelijk interactie tussen de deelnemers te creëren. In een door de onderzoekers opgerichte Facebook groep, trad een medewerker op als moderator. Deze stuurde de groep aan via verscheidene posts op de groepspagina. Er waren vragen die discussie uitlokten, maar ook links naar video's, oefeningen, artikels en een wekelijkse herinnering om een trainingsdoel te stellen en persoonlijke prestaties bij te houden en de Facebookgroep te checken. Gedurende de eerste 4 weken werden discussievragen twee maal per week gepost, gedurende de laatste 8 weken werden deze eenmaal per week gepost.

In een aantal studies gaat men nog verder dan enkel het opzetten van een online interactieplatform. Een Canadese onderzoeksgroep[26] keek na waarom bepaalde gebruikers online meer deelnemen of interageren dan andere. Deze observationele studie analyseerde het aantal posts en door wie deze werden geplaatst in twee grote sociale netwerken met betrekking tot rookstop: deze van de "Canadian Cancer Society's Smokers' Helpline Online (SHO)" en deze van "Stop Smoking Center.net".

Ook de Taiwanese onderzoeksgroep onder leiding van Ko[27] onderzocht de rol van populaire opinieleiders. Dit wel met betrekking tot het brengen van informatie over HIV op het internet. De studie werd uitgevoerd op Facebook met als doel de frequentie van uitvoeren van Hiv-tests te verhogen en het risicogedrag onder MSM, bij hun contact met sekspartners die ze via het internet leerden kennen, te verlagen. De opinieleiders kregen de opdracht om informatie over HIV via het platform te verspreiden en bediscussieerden en beantwoordden tevens vragen aan de doelgroep. Een andere, niet volledig equivalente, website "top1069" werd als controle gebruikt. Young et al[28] deden in Los Angeles een gelijkaardig onderzoek waarbij peer leaders met dezelfde achtergrond in de MSM-gemeenschap werden geselecteerd om andere te informeren en onderwijzen via sociale media. In deze laatste twee studies werd wel gebruik gemaakt van peer leaders die op voorhand geselecteerd werden en doelbewust de gemeenschap in gestuurd werden.

Nog een andere mogelijkheid is om via online groepen op zoek te gaan naar een gepaste lotgenoot of partner waarmee iemand naar hetzelfde doel kan streven. Aldus "The US Centers for Disease Control and Prevention" vormen een tekort aan aanmoediging, ondersteuning of gezelschap van familie en vrienden een belangrijke barrière om aan fysieke activiteit te doen. Online sociale netwerken maken juist gebruik van deze principes van sociale ondersteuning door lotgenoten. Via een review uitgevoerd door Nakhasi et al.[29] werden verschillende grote

sociale netwerksites gevonden waar mensen niet enkel online in een groep terecht kwamen, maar ook aan een partner met dezelfde fysieke ambities werden gekoppeld. Deze partners ontmoetten elkaar niet alleen op het internet, maar ook in levende lijve.

Geen enkele van de vermelde studies kon een outcome op lange termijn bewijzen. Doch meestal werden op korte of middellange termijn wel mooie resultaten bekomen. Na 7,5 maand werden via de Crush the Crave[23] Facebook pagina in totaal 7282 mensen bereikt. De meeste mensen bevonden zich in de groep tussen de 18 en 34 jaar wat overeenkwam met de doelgroep van het programma. Dagelijks werd op de Facebook pagina iets gepost. Meestal betrof het een foto en bijschrift over rookstop. Het gemiddeld aantal personen die het programma aanklikten, "leuk" vonden, een reactie gaven of deelden bedroeg per week ongeveer 4000. Uit het onderzoek van Cheung et al.[24] bleek dat de deelnemers uit de WhatsAppgroepen duidelijk beter scoorden dan deze uit de Facebookgroepen. De onderzoekers verklaren dit door het bereikbaarder zijn van WhatsApp via de smartphone en de beperktere activiteit in de Facebookdiscussiegroepen. Bovendien wordt er door de onderzoekers op aangestuurd dat op Facebook veel meer afleiding mogelijk is door andere nieuwsberichten die tussendoor kunnen verschijnen. Uit de Safe Eats[14] studie bleek ook dat hoe meer tijd men doorbrengt op de Facebookpagina, hoe groter de vooruitgang de studenten maakten. De combinatie van de Facebookpagina én een les bleek in deze studie ook superieur aan de Facebookpagina alleen. Een gestructureerde aanpak en begeleiding op het facebookforum leidt volgens Valle et al tot positieve resultaten met betrekking tot fysieke activiteit bij de studiepopulatie. Deze onderzoeken kunnen een voorbeeld vormen voor ons onderzoeksopzet.

Binnen de sociale netwerken kunnen er zoals hoger vermeld ook belangrijke sleutelpersonen aanwezig zijn[26]. Sommige leden van het netwerk kunnen een leidersrol op zich nemen en steun, advies en richting geven aan andere leden. De demografische kenmerken en het postgedrag van deze leiders werden besproken in de "Superusers" studie. Tussen de twee sociale netwerkgroepen kon men een correlatie vinden tussen de frequentie van posten en leeftijd, voorbije rookstoppogingen of het aantal sigaretten dat per dag werd gerookt onder de "Superusers". Een zwak verband werd gevonden tussen het postgedrag, aantal rookstoppogingen en het aantal jaren dat gerookt werd in één van beide sociale netwerkgroepen (namelijk deze van SCC).

De resultaten van de quasi-experimentele studie van Ko et al.[27] waren over de hele lijn positief. Aldus de onderzoekers zouden 950.088 personen beïnvloed zijn geweest gedurende

de studie. MSM zouden meer Hiv-gerelateerde informatie hebben ontvangen, over HIV gediscussieerd hebben met anderen, artikels gelezen hebben over HIV, Hiv-tests laten uitvoeren hebben en meer condooms gebruikt hebben bij anale seks met online sekspartners.

Een aantal belangrijke contextuele factoren komen in deze studies al naar boven. Zo blijkt de rol van de moderator erg belangrijk te zijn. De Facebook pagina in het Crush the crave programma werd geleid door een sociale media expert en een klein team met ervaring in rookstopbegeleiding. In de interactiegroepen van Cheung et al. die tevens het onderwerp rookstop behandelden, werden de discussies steeds geleid door een sociaal assistent of verpleegkundige die 3 maal per week een herinnering verstuurde met een boodschap, video, afbeelding uit het boek: "Treatments for the Recent Quitter" gebaseerd op de US Clinical Practice Guidelines on Treating Tobacco Use and Dependence. De moderatoren kregen duidelijke richtlijnen en regels mee die op voorhand werden opgesteld door het onderzoeksteam. Ook in anders studies worden de moderatoren begeleid. In de Safe Eats studie[14] bestond er zelfs een uitgebreide gids voor de moderator met daarin mogelijke vervolgvragen afhankelijk van het antwoord van de respondenten. Door Valle et al. werd ook nog opgemerkt dat de reacties van de deelnemers varieerden afhankelijk van het type post er werd geplaatst door de moderator. Deelnemers reageren meer wanneer ze een antwoord moeten geven op een vraag of stelling. In het Crush the Crave programma kwamen de reacties ook meestal pas naar aanleiding van een berichtje van de moderator. Noemenswaardig is dat slechts 4 van de 121 berichten uit de groep niet werden geplaatst door de moderator. Na een bericht van de moderator, kwam er meestal wel reactie vanuit de groep op het geposte bericht.

De studies omtrent belangrijke sleutelpersonen focusten op de rol van leiderschap binnen de groep. Deze term doet ons denken aan het hoger vernoemde complementaire model van de TPB[12]. Interactie onder individuen kan bevorderd worden door de aanwezigheid van leiders in de gemeenschap. Deze interactie kan dan op zijn beurt weer leiden tot het in gang zetten van een veranderingsproces dat we reeds bespraken. De karakteristieken van deze leiders identificeren, zoals in de studies omtrent "superusers"[26] werd gedaan, kan leiden tot interessante inzichten omtrent het bereiken en inspireren van de gemeenschap via deze leiders. In studie van Ko et al[27] krijgen de door de onderzoekers aangeduide leiders een functie als rolmodel. Ook Young et al. [28] suggereerden dat het rekruteren van peerleaders in een online gemeenschap interessant kan zijn. De kwaliteiten waaraan deze peerleaders zouden moeten voldoen, dienen echter nog verder te worden onderzocht.

Onderzoeksstudie

Inleiding

Er werd een actie onderzoek opgezet vanuit de huisartsenpraktijk Balegem. Een online discussieplatform werd opgestart waar mensen rond de twee thema's rookstop en beweging konden debatteren. Het doel van de interventie was om zoveel mogelijk interactie tussen de deelnemers zelf te genereren en niet zo zeer te werken rond de 1-1 relatie arts-patiënt. De doelpopulatie werd zoals verwacht door het opzet van de studie echter beperkt tot patiënten met eenvoudige toegang tot het internet en patiënten die vertrouwd zijn met het gebruik ervan.

Na het afsluiten van de google discussiegroepen werden 4 deelnemers geïnterviewd met betrekking tot hun ervaringen en mening omtrent de discussiegroep. Hun uitspraken werden zorgvuldig genoteerd en verwerkt.

Methode en materialen

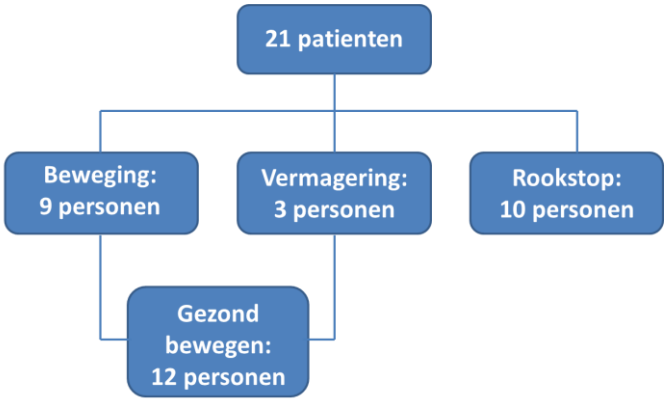
Thema's

Vooreerst werd door de onderzoekers het thema van de verschillende discussiegroepen vastgelegd. Verschillende mogelijkheden qua thema dienden zich aan op basis van de bestaande literatuur: HIV preventie, post partum depressie, stressreductie, depressie, sexual health, slaapproblemen,… Uiteindelijk werden de volgende 3 thema's geselecteerd: rookstop, vermagering en beweging. Deze thema's werden door de onderzoeker weerhouden omwille van hun haalbaarheid in de huidige praktijkvorm. Het zijn thema's die frequent aan bod komen en waarover in het algemeen gemakkelijk gepraat wordt door patiënten. Ze worden als neutraler en minder delicaat beschouwd. Ook wat betreft de veiligheid naar privacy toe lijken ze het meest toegankelijk.

Rekrutering van deelnemers

Het project werd bekendgemaakt door middel van een affiche en flyers. Een affiche van het project (zie *bijlage 1*) en flyers met betrekking tot het informed consent (zie *bijlage 2*) werden ter beschikking gesteld van de patiëntenpopulatie. In de beginfase van het onderzoek kwam er vanuit de patiëntenpopulatie weinig respons. In de periode van 15 oktober tot 15 november 2016 hadden 2 deelnemers zich geëngageerd om deel te nemen. Daarom werd overgeschakeld naar het individueel aanspreken van patiënten door de artsen van de huisartsenpraktijk Balegem.

In de studie werd uiteindelijk een onderzoeksgroep van 21 patiënten geïncludeerd (zie *figuur 4*). Initieel waren 9 mensen geïnteresseerd tot deelname aan de groep beweging. De groep personen die zich gemotiveerd voelde om deel te nemen aan de discussiegroep vermagering bestond uit slechts 3 personen. Vandaar werden beide groepen samengevoegd onder de noemer "gezond bewegen". Uitgaande van de veronderstelling dat beweging en voeding zeker ook samen kunnen bekeken worden. Er werden aldus 12 mensen aan de groep "gezond bewegen" toegevoegd, waarvan 7 personen de berichten op het forum hebben gelezen. In de groep "rookstop" werden 10 mensen toegevoegd, waarvan 5 mensen de berichten op het forum gelezen hebben. 1 persoon bevond zich zowel in de groep "gezond bewegen" als de groep "rookstop".



Figuur 4 - Schematisch overzicht van de geïncludeerde patiënten

Deze personen ontvingen een individuele mail met de uitnodiging tot deelname aan de online discussiegroep. Tevens werden nog eens het informed consent en een beknopte uitleg van het project toegevoegd. Nadien stond het de deelnemers vrij initiatief te nemen.

Beschrijving van de interventie: een online platform voor interactie

In de aanloop van het project werd de vorm van het online platform, waarop de discussie zou plaatsvinden, reeds vastgelegd. Aanvankelijk was het de bedoeling om met een besloten facebookgroep te werken. Deze opzet werd echter niet goedgekeurd door het ethisch comité. Men vreesde voor schending van de privacy bij het gebruik van deze sociale netwerksite. Er werd verwezen naar het advies van de Nationale Raad van de Orde der Artsen van 7 februari 2015[8]. Hierin wordt het gebruik van sociale media in de arts-patiënt relatie ontraden. Echter, men laat in dit advies ruimte voor interpretatie en de mogelijkheid tot een professioneel profiel, gescheiden van het privéprofiel of een professionele pagina. Er werd hierover met de ethische commissie echter niet verder in discussie getreden en daarom werden de deelnemers samengebracht op een alternatief online platform. Initieel werd een forum ontworpen via

ProBoards. Echter, in tweede tijd werd alsnog beslist om via Google discussiegroepen aan de slag te gaan. Dit om de toegankelijkheid van de online groepen te bevorderen. Bij het ProBoards forum diende men een nieuw account aan te maken, terwijl men bij Google discussiegroepen een bestaand emailaccount kan gebruiken. Tevens is er bij Google discussiegroepen de mogelijkheid om gebruik te kunnen maken van een rappelfunctie via mail telkens er een nieuw bericht verschijnt. Een functie die bij ProBoards niet onmiddellijk kon worden teruggevonden.

De privacy van de deelnemers werd bewaard. Dit gebeurde door volgende maatregelen:

1) Lidmaatschap was enkel op uitnodiging.
2) De groep kon niet gezocht worden in de zoekresultaten.
3) Alleen deelnemers konden de inhoud van de groep zien.
4) Deelnemers bevestigden met hun inschrijving dat ze niets uit de groep zouden kopiëren of openbaar maken.

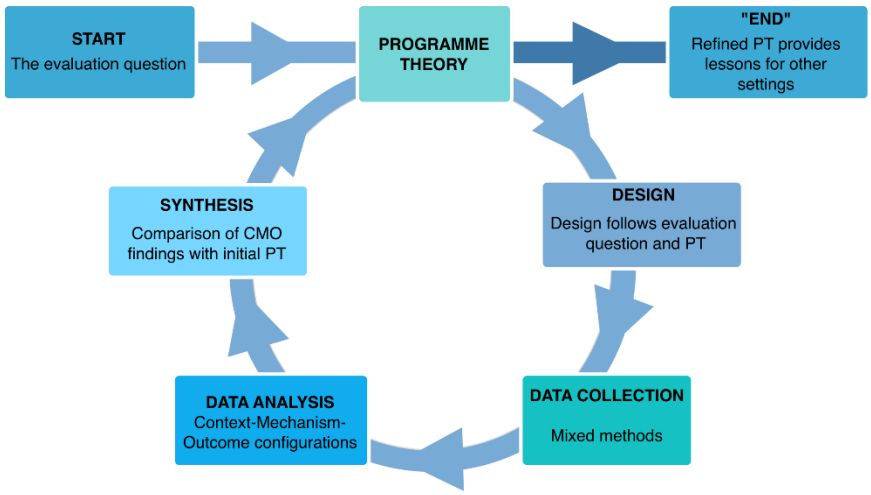
Praktisch werden er door de onderzoeker 2 google discussiegroepen aangemaakt via het praktijkprofiel: “Praktijkproject Preventie”. Patiënten konden deelnemen aan één van deze 2 groepen door zich te registreren bij de onderzoeker of bij één van de collega’s uit de huisartsenpraktijk. De onderzoeker voegde nadien de desbetreffende persoon toe aan de gewenste groep. Op deze manier was er geen toegang tot de groepen voor niet-leden zonder controle van de onderzoeker. De groep kon ook niet worden gezocht in de zoekresultaten en enkel deelnemers van de groep konden de inhoud ervan zien. Deelnemers bevestigden bovendien met hun inschrijving dat ze niets uit de groep zouden kopiëren of openbaar maken.

Door hoofdonderzoeker, die optrad als moderator, werden berichten geplaatst waarmee men reactie trachtte uit te lokken. Echter, ook de deelnemers zelf konden informatie posten. De strategie van de onderzoeker was zoveel mogelijk gebaseerd op de hoger beschreven TPB. Waarbij we de focus voornamelijk willen leggen op wijzigingen in attitude, waargenomen normen en controle. Het idee hierachter is zoals eerder beschreven in de literatuurstudie dat wijzigingen in gedrag moeten plaatsvinden alvorens men bereid is om nieuwe informatie toe te laten. Door patiënten rond een bepaald thema samen te brengen, hoopt het onderzoeksteam dat zij elkaar bovendien gaan motiveren en stimuleren om bezig te zijn rond een welbepaald thema.

Evaluatie van de interventie volgens de principes van realist evaluation

Voor de evaluatie van de interventie werd gebruik gemaakt van de principes van de realist impact evaluation volgens Pawson and Tilley[30,31]. Deze vorm van evaluatie houdt rekening met drie invalshoeken: het mechanisme waarmee iets in zijn werk gaat, de context in dewelke men zich bevindt en de uitkomst die men ervan kan verwachten. De focus ligt voornamelijk op de onderliggende relaties tussen deze 3 topics. Men gaat niet uit van de vraag of iets werkt, maar analyseert eerder wat er werkt én niet werkt, voor wie, hoe en waarom. De context waarin iets gebeurt, wordt veel meer in de kijker gezet. De theorie gaat er vanuit dat contextgebonden factoren een grotere rol spelen dan in het merendeel van studies wordt aangenomen. Deze factoren zijn meestal niet eenduidig en omvatten zowel culturele, economische, geografische, politieke, sociale factoren als de uitkomst van vroegere onderzoeken of interventies in dezelfde populatie. Vertrekkende vanuit deze drie factoren wordt een hypothese geformuleerd dewelke nadien wordt getoetst.

Het proces van de realist evaluation methodologie wordt getoond in *figuur 5* (Westhorp et al)[31]. De verschillende fasen in de cirkel worden doorlopen. Er worden data verzameld die informatie geven over de drie componenten van de hypothese. Nadien kan op basis van die gegevens de hypothese verfijnd worden of kunnen er nieuwe hypotheses worden geformuleerd voor een vervolgonderzoek.



Figuur 5 - Cirkel van de realist evaluation[31]

Voor de evaluatie van deze interventie werd beslist om te starten met de volgende CMO hypothese: “Mensen uit de huisartspraktijk motiveren om deel te nemen aan een online forum over rookstop en beweging leidt tot een interactieve online discussie tussen deelnemers en huisarts welke kan bijdragen tot gezonder gedrag (rookstop en meer beweging).”

De evaluatie van de interventie focuste zich op het testen van de componenten van deze hypothese. Als contextuele factoren weerhouden we: het uitnodigen via een huisartsenpraktijk, het gebruik van een online platform, de aanwezigheid van een moderator, het delen van ervaringen met lotgenoten en de perceptie rond tijdsbesteding. Als mechanismen verwachten we dat door interactie via internet mensen beginnen te reflecteren over hun eigen gedrag en dat dit bijdraagt tot veranderingen in levensstijl op individueel niveau. Deze veronderstelling vloeit voort uit de interpretatie van het hoger genoemde model: de uitbreiding van de TPB. Via interactie en communicatie tussen individuen op het online platform beogen we als uitkomst veranderingen in het gedrag van onze studiepopulatie én de voorlopers ervan: attitude, waargenomen normen en controle. We zullen deze laatste op verschillende vlakken trachten te beïnvloeden. We willen in de "gezond bewegen" groep dat onze patiënten meer aandacht hebben voor, en de implementatie van, een eigen beweegplan, een verandering in voedingspatroon met op lange termijn gewichtsdaling, In de rookstopgroep willen we de houding t.o.v. roken veranderen, hun ideeën over waarom ze blijven roken veranderen. De uitkomst zal ook voor een deel afhangen van de dynamiek en evolutie binnen de groep.

Dataverzameling

In tweede tijd werden bij 4 deelnemers kwalitatieve diepte-interviews afgenomen. De twee personen die het meeste hadden gereageerd in de discussiegroep rookstop werden persoonlijk aangeschreven via mail. Beide personen waren onmiddellijk bereid om een interview te laten afnemen. Verder werden nog 4 mensen aangeschreven die de onderzoeker reeds kende van op een consulatie in de praktijk. Met 2 mensen kon uiteindelijk een datum voor een gesprek worden afgesproken. De geïnterviewden werden in de periode van 1 februari tot en met 9 maart uitgenodigd op de praktijk. Het gesprek vond plaats in de vergaderruimte van de praktijk en werd opgenomen via een externe camera die enkel geluid registreerde en geen beeldmateriaal. Aan de deelnemers werd gevraagd of ze toestemden met deze opnamen en de verwerking ervan. Allen gingen hiermee akkoord. Nadien werd het gesprek door middel van OTranscribe volledig uitgeschreven.

De gesprekken met de patiënten zullen worden beschreven in de resultaten van het onderzoek. Tevens werd vanuit het online discussieforum ook een overzicht gemaakt van alle uitspraken die door de deelnemers werden gedaan. Deze werden vervolgens in 4 verschillende WORD-documenten door de onderzoeker opgeslagen.

Data-analyse

De resultaten werden verwerkt door middel van het software pakket Nvivo 11. De verschillende interviews werden door de hoofdonderzoeker in het programma als aparte cases ingevoerd. Zo ontstonden 4 cases die elk als naam de initialen van de geïnterviewde droegen: VM, MA, MN en VK. De uitspraken vanuit het discussieforum werden eveneens toegevoegd aan de Nvivo database. Vanuit Nvivo werden nadien alle interviews en uitspraken gecodeerd onder verschillende nodes.

Resultaten

Beschrijving van de karakteristieken van de studiepopulatie

Vooreerst worden de kenmerken en onderverdeling in discussiegroepen van onze studiepopulatie geschetst. Een aantal kwantitatieve gegevens werden reeds in de materialen en methoden beschreven, maar worden hieronder herhaald: aantal deelnemers, aantal gesprekken,… In de discussiegroep gezond bewegen werden 12 mensen toegevoegd. Slechts 7 van hen bereikten het discussieforum en lazen de berichten die hierop verschenen. In de groep rookstop bedroegen deze aantallen respectievelijk 10 versus 5. Een overzicht vind u hieronder in *tabel 1*.

Tabel 1 - Objectieve kenmerken van de discussiegroepen

	Gezond bewegen	**Rookstop**
Aantal geïnteresseerden	12	10
Aantal effectieve deelnemers	7	5

De deelnemers die actief waren binnen de discussiegroep rookstop waren allemaal vrouwen. Initieel waren er wel mannen ingeschreven, maar deze namen op geen enkel ogenblik actief deel aan de discussies. In de groep beweging waren er effectief 3 mannen ingeschreven versus 4 vrouwen.

Verder worden een aantal specifiekere kenmerken van de geïnterviewden beschreven. De individueel gebonden factoren zijn reeds zichtbaar in *tabel 2*.

Tabel 2 - Specifieke kenmerken van de geïnterviewden

	MN [a]	**VM** [a]	**AM** [a]	**VK** [a]
Aantal posts	3	1	3	0
Geslacht	V	V	V	V
Leeftijd	54	58	23	35
Beroep	Administratief bediende	Invaliditeitsuitkering	Zorgkundige	Poetshulp
Discussiegroep	Rookstop	Rookstop	Beweging	Beweging/Rookstop

[a] Initialen bevraagden

De geïnterviewden waren allemaal vrouwen. Twee deelneemsters waren meer actief: MN en AM, twee deelneemsters minder tot niet actief in hun desbetreffende discussiegroep: VK en VM.

Door de geïnterviewde rooksters werden verschillende methoden om te stoppen met roken aangegeven: puur op wilskracht van de ene op de andere dag stoppen, met behulp van medicatie waarbij Zyban, Champix en Nicorette inhaler, nicotinepleisters of tabletten werden aangehaald en de telefoonlijn van tabakstop. Als redenen om te stoppen werd ziekte vermeld: verkoudheid, longontsteking, COPD en persoonlijke redenen zoals bijvoorbeeld een geplande reis of de trouw van een dochter. Als oorzaak voor herval werd als voornaamste reden stress weerhouden. Redenen om te blijven roken waren: geen bezigheid hebben, kalmeermiddel bij stress, de smaak en het sociale contact.

De geïnterviewde deelneemster uit de discussiegroep "Gezond bewegen", AM, gebruikte als manieren om te bewegen: fitness en paardrijden. Als redenen om te bewegen kon ze vermageren en zich fitter voelen, weerhouden.

Verloop discussiegroepen

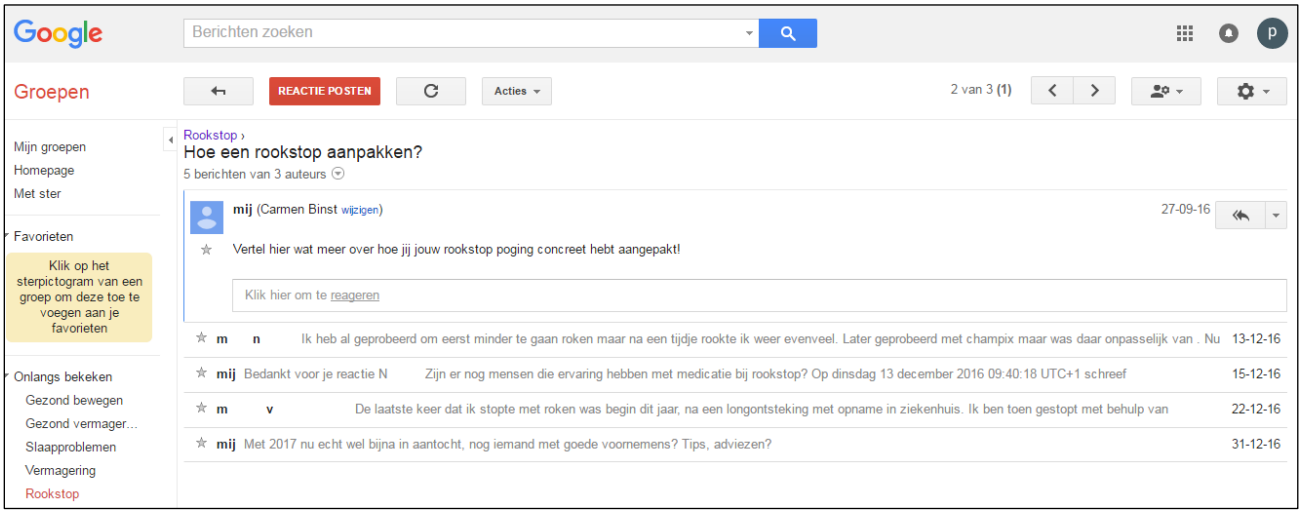
Onderstaand zullen we trachten te beschrijven hoe de interventie online werd opgestart en hoe het proces verder is verlopen. Voor de beschrijving van het interventieproces wordt beroep gedaan op de historiek van het forum, de subjectieve indrukken van de onderzoeker en enkele kwantitatieve procesdata.

Een eerste opstart werd in beide groepen gegeven door de moderator. De moderator, hoofdonderzoeker in dit project, was een vrouwelijke huisarts in opleiding. In de groep "Gezond bewegen" werden door de moderator volgende thema's aangehaald: "*Wat betekent bewegen voor jou?*", "*Tips rond lekkere en gezonde tussendoortjes*", "*Goede voornemen"*. De groep "Rookstop" besprak in totaal twee thema's: "H*oe een rookstop aanpakken?"*, "*Wat zijn voor jou redenen om te blijven roken?*". In elke groep werd door de moderator vervolgens ook een aanzet tot gesprek gegeven:

- *"Wat betekent bewegen voor jou?"*: 30 minuten per dag gaan wandelen of toch eerder 3x per week naar de fitness. Hoe pak jij jouw beweegplan aan?
- *"Tips rond lekkere en gezonde tussendoortjes*.": Iemand kooktips, aankooptips, ... rond gezonde tussendoortjes? Ik dacht alvast aan een lekkere notenmix of rozijnen, druiven... Ideaal ook voor na het sporten.

- "*Goede voornemens"*: Met 2017 nu echt wel op de loer, iemand goede voornemens wat betreft gezond bewegen en/of vermageren?
- *"Hoe een rookstop aanpakken?"*: Vertel hier wat meer over hoe jij jouw rookstop poging concreet hebt aangepakt!
- *"Wat zijn voor jou redenen om te blijven roken?*": Er zijn ongetwijfeld heel wat redenen om te stoppen met roken. Echter, het zijn vaak de positieve zaken aan roken die het je moeilijk maken om te stoppen. Wat motiveert jou om te blijven roken?

Nadien was het de bedoeling dat de deelnemers het initiatief namen om te reageren. Dit gebeurde wel degelijk en een 5-tal mensen hebben in één van de groepen één of meerdere reacties achtergelaten. Van een echt vlotte discussie waarin interactie tussen deelnemers ontstond, kwam het echter jammer genoeg niet. Meestal ging het tussen de onderzoeker en één van de deelnemers. In *figuur 6* wordt een voorbeeld gegeven van een gesprek.



Figuur 6 - Voorbeeld van een online gesprek

De onderzoeker trachtte als moderator op te treden, maar wou de discussie en/of het gesprek aan de deelnemers overlaten. Echter, dit leidde uiteindelijk tot het stilvallen van het gesprek. Uit de weergave van de gesprekken kunnen we wel opmaken dat ook mensen die niet of weinig gereageerd hebben, de discussies wel hebben gelezen of gevolgd. Dit leiden we af uit het aantal weergaven van de berichten dat veranderde in de loop van de tijd.

Toen er weinig reactie kwam, zijn we op 31 januari met het onderzoek gestopt. In totaal stond het forum op dat moment ongeveer 3 maanden open voor deelname.

Testen van CMO-hypothese

Zoals hoger vernoemd werd de volgende CMO-hypothese vooropgesteld: "Mensen uit de huisartspraktijk motiveren om deel te nemen aan een online forum over rookstop en beweging leidt tot een interactieve online discussie tussen deelnemers en huisarts welke kan bijdragen tot gezonder gedrag (rookstop en meer beweging)." Onderstaand worden de gegevens uit de diepte-interviews en het online forum naast de initiële CMO-hypothese gelegd. Er zal worden gekeken of de hypothese met de realiteit overeenkomt en of er dieper inzicht kon worden verkregen over het hoe en waarom. In *tabel 3* wordt een schematisch overzicht gegeven van een aantal opmerkelijke vaststellingen.

Tabel 3 – Overzicht belangrijkste CMO-vaststellingen.

	Faciliterende factoren	Belemmerende factoren
Context		
Rol van de moderator:	- Moderator doet de eerste aanzet op het forum door middel van vragen	- Rol niet duidelijk genoeg gecommuniceerd naar de deelnemers toe
Gebruikte medium:	- Beschermde omgeving	- Problemen met het vinden van toegang tot het programma - Gebrek aan gebruiksvriendelijkheid
Delen van ervaringen met lotgenoten:	- Mensen in dezelfde situatie	- Angst voor eerste stap, angst voor mislukken, angst voor reacties, onzekerheid
Perceptie rond tijdsbesteding:		- Men kan er niet voortdurend mee bezig zijn
Interactie onder patiënten in een huisartsensetting:	- Mensen persoonlijk aanspreken, maakt drempel lager om deel te nemen	- Te kleine groepssamenstelling - Deelnemers kunnen niet verplicht worden deel te nemen, er moet ook een intrinsieke motivatie zijn
Mechanisme		
Ergens terecht kunnen:	- Uitkijken naar het project - Uitnodiging tot deelname op zich	
Neerschrijven of beluisteren van ervaringen:	- Horen hoe anderen met het onderwerp bezig zijn	
Individuele factoren:	- Fitness zelf betalen - Prijs van sigaretten	
Interactie tussen deelnemers:	- Erover praten - Zich gesteund voelen - Gevoel krijgen niet meer alleen te zijn - Voorbeelden uitwisselen	- Weinig reactie in de groep

Outcome

- Er konden geen objectieve gedragsveranderingen worden vastgesteld
- Aantal deelnemers hebben hun verloren motivatie terug gevonden en hebben nieuwe doelen gepland
- Onderwerp werd bespreekbaar gemaakt
- Contact met lotgenoten: doorbreken gevoel alleen te zijn en verbondenheid
- Toekomstige acties werden bedacht
- Nood aan informatie werd ingevuld door lijst met wetenschappelijke websites

Context

Een aantal specifieke kenmerken zoals leeftijd en beroep van de geïnterviewden werden reeds hoger beschreven. Zowel faciliterende als belemmerende contextuele factoren konden worden weerhouden wat betreft de rol van de arts als moderator in de discussiegroep. Men vond het goed dat "*de ondervrager ook wat vragen had gesteld van hoe zit dit of dat in elkaar*". "*Dat maakte het,…, gemakkelijker om er iets over te vertellen*". Echter deze rol had nog meer verduidelijkt mogen worden aldus een deelneemster die een wat afwachtende houding aannam in de discussies. Zij vertelde hierover in haar interview: "*Eerst had iemand anders iets geschreven, dan heb jij gereageerd en dan heb ik iets geschreven. Het was wel moeilijk om te zien waar je naartoe wou. Moesten wij de leiding nemen, of moesten wij wachten.*" Het was voor haar niet helemaal duidelijk wat de rol van de moderator was en of er mogelijks vanuit de deelnemers ook een leidersrol werd verwacht.

Verder vond niet iedereen de werking van het discussieforum, als plek om met elkaar in interactie te gaan, eenvoudig. "MN: *Het was echter wel heel ingewikkeld om met al die links te leren werken. Zeker voor iemand die niet zoveel van computers kent als ik.*", "VM: *Ik wist ook niet goed waar ik de groep moest zoeken. Ik zag wel al die stukjes. Hoe kun je in de groep geraken. Hoe kan je repliceren. Voor mij was het niet allemaal duidelijk.*" Uit mailverkeer met AM bleek dat zij het ook moeilijk had om de juiste wel in de googlediscussiegroep te vinden. Onafhankelijk van elkaar en zonder aanbrengen van de ondervrager vermeldden twee geïnterviewden de sociale netwerksite facebook als alternatief. Eén patiënte had van het project verwacht dat het meer zou lijken op een besloten groep waarin ze reeds zit op Facebook. Zoals ze het zelf verwoordde: "*Het is nu totaal iets anders, maar op facebook heb ik ook een site: Duitse Herder liefhebbers. Dat is een besloten groep. En dat is 1 groep met 4 beheerders. En je moet eerst vragen om lid te worden om in die groep te geraken. En dan post je van alles. Foto's, problemen of een vraag. En het is ongelooflijk wat voor reacties je daarop krijgt. En ik had mij zoiets voorgesteld eerlijk gezegd. … Je kan het wel allemaal privé zetten hoor. Of je kan een persoonlijk bericht sturen. Of wie wil in de groep posten. Met dan een slogan boven: iets rond rookstop. En mensen moeten hun motivatie insturen als ze*

willen lid worden. En dan aanvaard je ze of niet he. En de beheerder kan dan weigeren als hij iemand niet wil toelaten." Het feit dat facebook soms anoniem en onpersoonlijk wordt beschreven, stoorde haar niet. "Op den duur ken je die mensen ook allemaal he. Ook bijvoorbeeld als er een hond sterft, welk medeleven en woorden van steun je daar krijgt. En ik ken die mensen ook niet he, en zij kennen mij niet, maar toch vormt dat 1 hechte groep. Dat is heel raar. Maar t is dus een besloten groep."

Voor zover onderzocht of kan geobjectiveerd worden is de privacy of veiligheid van de online omgeving voor de patiënten geen hinderpaal geweest. AM verwoordde het zo: "*doordat ik wist dat het daar ging blijven en niet verspreid worden, voelde ik mij veilig en gerust*".

VK gaf aan dat toetreden tot de discussiegroep voor haar geen drempel was. Echter, een aantal andere hinderpalen waarom het mechanisme van interageren op het forum met lotgenoten niet lukte, kwamen bij haar aan het licht. Deze hinderpalen hebben vooral met persoonlijke perceptie te maken. VK vond het moeilijk om de eerste stap te zetten: *"Ga ik nu uit mijn eigen iets beginnen, of ga ik wachten tot iemand anders iets zegt. Een beetje zoals bij sociale media. Als één iemand er iets op zet en er wordt voortdurend op gereageerd dan ga je ook sneller geneigd zijn op erop te reageren dan ga je zelf ook sneller geneigd zijn om zelf te reageren."* Ze nam dan ook een afwachtende houding aan: *"... als je daar eerst nog wat afwachtend tegenover staat. Wat mag ik er van verwachten, wat kan ik ervan verwachten, ga ik daar effectief mee geholpen zijn? Op dat vlak is dat een beetje aftasten he."*. Ook de angst om negatieve steun te krijgen in plaats van positieve hulp, speelde mee: *"Je weet niet hoe een andere persoon erop zal reageren. Dat kan positieve hulp zijn, maar je zou ook bijvoorbeeld kunnen afgebroken worden."* Verder bemerken we ook de vrees om te mislukken: *"Ja kijk, je moet eerst zelf die klik maken, van kijk: nu wil ik stoppen met roken. En we gaan dat proberen. Je moet er veel energie in stoppen, eer je kan slagen. Ik heb altijd die vrees van, gaat het mij nu wel of niet lukken." "'t Is gewoon dat je die eerste vrees moet overwinnen. Dat dat een beetje een struikelblok is."* Anderen die die vrees overwonnen en deelnamen aan het forum gaven aan het fijn te vinden: "*ervaringen van andere mensen in hetzelfde schuitje ... te horen."*

De tijdsperceptie lag ook verschillend bij de deelnemers. Het feit dat je er ook niet voortdurend mee bezig kan zijn, speelde ook mee: "VK: *Je kan er ook niet constant mee bezig zijn he. Dan is het een bezigheid op zijn eigen."*

De evaluatie van de setting in een huisartsenpraktijk kwam door het kleinschalig aspect van de studie onvoldoende aan bod. Over de groepssamenstelling werd de opmerking gegeven dat deze misschien groter mocht. Een gemiddeld aantal van 50 personen in plaats van 10 werd door een geïnterviewde naar voor gebracht. Het project situeerde zich heden binnen de "Huisartsenpraktijk Balegem". Een voorstel kwam ook om in de stad mensen te gaan ronselen. Eén geïnterviewde gaf aan dat de onderzoekers te weinig mensen hadden aangesproken terwijl een andere persoon aangaf dat mensen echt aanspreken, misschien geen effect zal hebben om volgende reden: "*Ze gaan dan meedoen, maar wat gebeurt er daarna… Verplichten kan je toch niet.*"

Mechanisme

Door te weten dat ze ergens terecht kon, verhoogde de motivatie van een deelneemster: "*Ergens terecht kunnen waar je motivatie uit kan halen, is heel tof om je motivatie nog meer op te krikken.*" Faciliterende factoren kan men zoeken in de uitnodiging tot deelname op zich en het uitkijken naar het project.

Een aantal individuele factoren speelden ook een rol in de evolutie naar gedragsverandering zoals bv. de kosten die men maakt voor een fitnessabonnement, de kostprijs van sigaretten.

Wanneer men even dieper ingaat op het onderdeel neerschrijven of beluisteren van ervaringen merkt men dat het voor deelnemers erg belangrijk is om te horen hoe anderen met het onderwerp bezig zijn. *Erover bezig zijn, vertellen wat je doet* vinden deelnemers ook belangrijk.

Uit de discussies op het forum zagen dat patiënten elkaar voorbeelden geven om dat ze daar, blijkend uit de interviews, ook zelf naar op zoek zijn. Ze zijn op zoek naar een groep gelijkgezinden. Enkele treffende citaten worden hieronder op gelijst:

- *Dan vraag je je soms af: ben ik nu de enigste. En daarom zou zo'n groep wel goed zijn. Dat je van elkaar leert en ervaart.*
- *Elkaars voorbeelden overnemen, weten dat je er niet alleen voor staat, zich gesteund voelen.*
- *Het zou fijn zijn om te weten dat er mensen met hetzelfde probleem ook bezig zijn om te stoppen met roken. Ik weet dat ik eigenlijk niet alleen ben en dat er hier nog veel mensen zijn die ook willen stoppen met roken, maar ik ken ze niet.*
- *Het is gelijk dat je zit in een groep met veel rokers, ga je automatisch meer gaan roken. Zit je in een groep waar er geen rokers zijn, dan ga ik niet roken. Ik denk dat*

het dan is als je in een groep terecht komt, met allemaal mensen die gaan stoppen, dat je ook meer elkaar gaat motiveren.

- *Het is voor iedereen moeilijk. Ze gaven u niet het gevoel dat je er alleen voor staat.*

Door op die momenten dat men er nood aan heeft een reactie van een andere te ontvangen, beseft men dan men er niet alleen voor staat: "MN: Ik heb 1 mailtje/reactie gekregen op mijn bericht, dat deed wel deugd. Het deed me beseffen *dat ik er niet alleen voor sta*.". Door de voorbeelden van andere te lezen, voelt men zich tevens betrokken: "VM:…*als je dan andere mensen hoort, gelijk ik daar gelezen heb van die mevrouw, ik vond dat wel interessant om te weten.*" Door zelf voorbeelden aan te halen, geeft men aan er ook meer over te gaan nadenken voor zichzelf. Mensen zijn actief op zoek naar raad: "VK: …*maar wel als je het moeilijk hebt, kan je eens kijken of dat er iemand raad kan geven. Dan heb je er wel iets aan*." Het aspect alleen zijn kwam dus duidelijk aan bod in de gesprekken. Een deelneemster verwoorde het in haar interview nog zo: "MN: *Als ik zondag met de kinderen ga wandelen dan neem ik geen sigaret. Als ik alleen ben met mijn hond dan neem ik er al snel wel een*."

Men wil ook gesteund worden door anderen of anderen steunen. Men wil motiverende woorden brengen of horen: "*Ik die iemand anders kan overhalen of iemand anders die mij erop kan wijzen van: je bent nu toch al even bezig, je voelt u nu zo goed, voel je het verschil niet, waarom zou je nu stoppen, waarom zou je nu opgeven, al die moeite die je gedaan hebt."* Het zich gesteund voelen kan door gelijk wie gebeuren. Dat hoef niet per se een gekend persoon te zijn. "*Nee, want dat zijn mensen met hetzelfde gedacht. Dezelfde hobby, sport. En daar kun je raad of steun bij vragen. Of als je het moeilijk hebt. Je kan erbij terecht. Je kan steun vragen, als er iets is: zeg het.*"

Het had aldus de deelnemers nog beter kunnen lopen. Zij waren op zoek naar interactie met lotgenoten. Men kan dit herleiden tot de volgende nieuwe CMO-hypothese: door met lotgenoten in gesprek te gaan en ervaringen te horen van anderen wil men het gevoel krijgen niet meer alleen te zijn.

Outcome

De interventie leidde niet tot effectieve gedragsverandering: "*Mijn gedrag is niet echt veranderd*". Als reden werd de beperkte interactie vernoemd: "*Niet echt omdat er niet zo vaak werd gereageerd in de groep*".

Een aantal deelnemers hebben wel hun motivatie teruggevonden door deel te nemen aan het project. "…*ik was al verminderd en ik was al beginnen stoppen ook*.", "*Ja in die zin dat ik*

toch weer minder gaan roken ben. Gedurende een aantal dagen. Wel weer herstart nadien. En nu kan ik ook wel soms zeggen: leg dat langs de kant, doe dat niet. Of : pak u pijpke mee. Dat kan ik nu wel gemakkelijker." VK en MN hebben zich ook een nieuw rookstopdoel voorop gesteld, respectievelijk een reis en de trouw van een dochter. Of deze doelen onafhankelijk van de discussiegroepen ook zouden gesteld geweest zijn, kan in vraag gesteld worden. Eerdere acties werden terug opgepikt: *"mijn motivatie is er gekomen om er opnieuw mee bezig te zijn, maar vooral om de draad op te pikken."*

Als intermediaire uitkomst werd het onderwerp weer bespreekbaar voor de deelnemers. We zouden dit een multiplicatie effect kunnen noemen. Doordat er over de interventie gepraat wordt, is er een effect op anderen. "*Ja door erover op de discussiegroep bezig te zijn, heb ik er ook met vrienden/thuis over gesproken. Ook met iemand die ik ga fitnessen ben ik erover bezig.*", "*Ik ben er meer over beginnen praten. Heb ook over de discussiegroep verteld tegen mijn dochter, collega*." "*Met die collega heb ik dus ook al gebabbeld. En nu rookt zij al minder. Dus je ziet, met haar heb ik er ook over gebabbeld*." Door aan het project deel te nemen en zelf betrokken te zijn hierin, werden patiënten gestimuleerd om ook buiten het project over het onderwerp in gesprek te gaan.

Door het project hebben de patiënten, weliswaar kortdurend, contact met lotgenoten gevonden. Dit doorbrak voor hen het gevoel niet alleen te zijn en leidde tot verbondenheid.

Als een uitkomst van de interventie werd de nood aan informatie over goede internetbronnen voor patiënten ontdekt. Patiënten gaven aan erg geïnteresseerd te zijn in deze informatie. Daarom werd naar aanleiding van het thema preventie en nieuwe media een lijst met nuttige websites uitgewerkt. De verschillende websites werden gerekruteerd vanuit een pool die door de auteur werd samengesteld. Deze pool bestond uit websites aangebracht door lesgevers in het 7^{e} jaar huisartsgeneeskunde, door medestudenten tijdens de seminaries van de MaNaMa-opleiding en door LOGO Vlaanderen. Ook websites bekomen uit patiëntenfolders gepresenteerd op de Gezondheidsconferentie Preventie 2016 en websites die door de auteur bij toevallige doorverwijzing vanuit een andere website werden ontdekt kwamen in de pool terecht. Enkel links nuttig voor patiënten werden weerhouden.

De verschillende sites werden naar objectiviteit geselecteerd. De sites moesten voldoen aan minstens 1 van volgende kenmerken alvorens in aanmerking te komen: het label van de Nederlandse of Vlaamse Overheid/ Vigez dragen, ontwikkeld zijn door een Nederlandse of Belgische beroepsvereniging van eerstelijnswerkers, ontwikkeld zijn door een kenniscentrum

van een Vlaamse universiteit/Hoge school of het HON-label dragen. Websites gesponsord door farmaceutische bedrijven werden niet geïncludeerd. Twee websites voldeden niet aan deze kenmerken, maar werden toch weerhouden omwille van hun bijzondere expertise en meerwaarde. Het betreft de websites van het Vlaams patiënten forum en het antigifcentrum.

Door middel van contact met een verantwoordelijke uit de wachtkring, werd ook de huisartsenkring PANACEA (Zottegem, Brakel, Lierde, Sint-Lievens-Houtem, Oosterzele, Herzele) betrokken in de verspreiding van de desbetreffende lijst. Alle collegae uit de kring werden aangeschreven via mail (zie *bijlage 3*). Tevens werd de lijst gepubliceerd op de website van PANACEA vzw: http://hak-panacea.be/nl. De nuttige links zijn terug te vinden in *bijlage 4* en werden ter beschikking gesteld van de patiënten via het online discussieplatform. Naar het einde van het project werden ze tevens op de website van de praktijk geplaatst. Deze informatie zal online blijven en kan geraadpleegd worden. De links kunnen teruggevonden worden op: http://www.huisartsenpraktijkbalegem.be/nl/nuttige-websites/. Uiteindelijk werd deze lijst ook kenbaar gemaakt op de website van een aantal praktijken uit de regio evenals op deze van de PANACEA vzw: http://hak-panacea.be/nl/links-en-partners/links-partners. Een praktijk uit de regio vermeldde later dat ze van afzonderlijke delen van de lijst ook flyers hadden gemaakt om in de wachtzaal te leggen en uit te delen aan de patiënten.

De onderzoeker hoopt in de toekomst deze lijst nog wijder te verspreiden zodat zoveel mogelijk patiënten geïnformeerd worden. De patiënten uit de interviews reageerden alvast enthousiast op deze links.

AM: *"Ik vond dat wel heel tof. Want zoals nu in mijn situatie, ik ga gaan fitnessen, maar tips om goed oefeningen uit te voeren. Als ik een oefening niet meer weet kan ik misschien online terecht?"*

VM: *"Ja ik heb die gelezen en ook die zelftest gedaan. Ik heb een paar goeie links gezien online op tabakstop. Ik vond het tof dat je dat doorgaf. Je bent dan zeker dat het wat onderbouwt is. Want als je iedereen gelooft, dan heb je twee of drie kasten vol staan."*

VM "*Als er iemand professioneel achterstaat. Dat geeft dat ook een betere indruk. Dat geeft meer een boost, een vertrouwen, een zekerheid."*

Discussie

Karakteristieken

In de karakteristieken van onze onderzoekspopulatie valt op dat er meer vrouwen dan mannen, respectievelijk 15 versus 6 zich inschreven voor het project. Bovendien namen ook enkel vrouwen actief deel aan de discussie. Het feit dat enkel vrouwen actief waren op het forum en mannen zich klaarblijkelijk niet echt aangetrokken voelden tot het project, is niet eenduidig te verklaren. Het is echter wel een gegeven dat we ook konden weerhouden uit andere studies[1,19]. Meer mannen zouden gebruik maken van het internet, maar in interventionele setting zouden er steeds meer vrouwen vertegenwoordigd zijn. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat vrouwen meer nood hebben aan vluchtige sociale contacten en dit ook sneller toegeven dan mannen.

Het was moeilijk om voldoende gemotiveerde mensen te vinden om deel te nemen aan het project. De studiepopulatie beperkte zich tot 21 deelnemers. Er werd getracht samen met de geïnterviewden naar redenen hiervoor te zoeken. Deze waren echter niet eenduidig te vinden. De ene stelde voor om zo breed mogelijk mensen aan te spreken. Een andere deelneemster zag daar niet onmiddellijk het nut van in. "MN: *Ze gaan dan meedoen, maar wat gebeurt er daarna… Verplichten kan je toch niet.*" Dat laatste argument konden we ook afleiden uit het aantal reacties in de discussiegroep. Mensen die zelf het initiatief namen om zich te engageren, waren over het algemeen meer actief in de groep dan mensen die zelf door een arts werden aangesproken. Hierover werd wel geen objectief cijfermateriaal bekomen. Het zou kunnen dat mensen pas voldoende gemotiveerd zijn als ze zelf de stap wagen om er iets mee te doen. Al kan de drempel misschien soms ook te hoog zijn om het onderwerp zelf aan te kaarten.

Context

Een andere reden waarom de discussiegroepen onvoldoende op gang kwamen, kan het medium zijn waarvan gebruik gemaakt werd. Aldus de helft van de geïnterviewden waren de googlediscussiegroepen niet voor iedereen zo eenvoudig in gebruik. AM en VK maakten deze opmerking niet. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat zij jonger zijn. Een alternatief zou de sociale netwerksite Facebook kunnen zijn. Deze optie was initieel het plan van de onderzoeker en werd in de interviews ook meerdere malen aangehaald. Het zou een idee kunnen zijn voor de toekomst dit verder uit te proberen. Al zal dan grondig moeten bekeken worden hoe dit kan worden aangepakt. Cheung[24] et al. toonden in hun studie immers aan dat de WhatsApp groep in de studie dan weer beter scoorde dan de facebookgroep. Men zag een

beperktere activiteit in de facebookgroep. Als algemene verklaring zouden we misschien kunnen stellen dat hoe toegankelijker en laagdrempeliger het gebruikte medium is, hoe meer het bekeken of gebruikt wordt. Er zal alleszins moeten gezocht worden naar een aantrekkelijk en gebruiksvriendelijk concept. Binnen dit concept zou het ook nuttig kunnen zijn om de rol van de moderator meer gedetailleerd te beschrijven en te verduidelijken naar de deelnemers toe. Deze rol zal natuurlijk ook verschillen afhankelijk van het gebruikte medium. We voelen aan dat er nood is aan een moderator om het gesprek verder aan te sturen. Tegelijkertijd zien we echter dat in deze studie de moderator meer input geeft dan de deelnemers zelf. Een fenomeen dat men ook zag in het rookstopprogramma "Crush the Crave"[23]. Reacties komen vaak pas naar aanleiding van een bericht van de moderator. Een voorstel zou kunnen zijn om als moderator nog meer vragen te stellen of te posten en af te wachten of er reactie komt. Dit betekent natuurlijk wel dat de moderator nog meer met het platform dient bezig te zijn.

Ook was het voor de moderator bij aanvang van het project mogelijks onvoldoende helder wat binnen zijn takenpakket viel. Een mogelijkheid zou zijn om deze taken op voorhand reeds uit te schrijven zoals in de "Safe eats" studie[14] werd gedaan. Het blijft echter een moeilijk evenwicht. Door een te sturende rol van de moderator zou je immers het initiële doel om een discussie op gang te brengen onder de deelnemers weer kunnen tegenwerken. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn om de arts als bewaker van de wetenschappelijke correctheid van de informatie die gegeven wordt aan te duiden en een andere gezondheidsmedewerker, bijvoorbeeld een sociaal assistent of verpleegkundige[24], het gesprek te laten sturen. Deze medewerker kan dan bij vragen ook steeds beroep doen op de aansturende arts. We zouden kunnen stellen dat we in deze studie niet tot het vinden van sleutelpersonen gekomen zijn omdat de discussies niet lang genoeg werden uitgesponnen. Een andere reden zou kunnen zijn dat de groepssamenstelling niet optimaal was. Deelnemers meldden dat ze grotere groepen aantrekkelijker zouden gevonden hebben om in te interageren. Een andere groepssamenstelling kan ook een effect hebben op de uiteindelijke uitkomst. In de rookstopgroep trad meer interactie op dan in de groep "gezond bewegen". We trachten een verklaring te vinden waarom met een zelfde mechanisme in een andere context toch een andere uitkomst werd bekomen. Een reden zou kunnen zijn omdat de rookstopgroep een meer concreet doel voor ogen heeft: namelijk rookstop. In de groep "gezond bewegen" was het doel waar naartoe gewerkt werd misschien onvoldoende afgebakend. Een andere verklaring zou de samenstelling van de groep kunnen zijn. In de rookstopgroep zaten mogelijks meer gemotiveerde deelnemers.

Het zou ongepast zijn in deze discussie geen aandacht te besteden aan het begrip privacy. Dit ook omdat de ethische commissie het gebruik van Facebook als medium niet aanvaarde. Wij vonden dit laatste een spijtige zaak. Uiteraard staat de privacy van onze patiënten hoog op de agenda, maar bij het gebruik van een besloten Facebookgroep is lekkage van informatie normaal niet mogelijk. Het is wel zo dat ondanks het feit dat dit een belangrijk onderwerp is, er weinig literatuur omtrent dit topic bestaat. In eerdere studies, onder ander het "Crush the crave" programma, wordt niet over de privacy-instellingen gesproken. Mogelijks vormde dat toch ook een belangrijke hinderpaal voor het ethisch comité. In deze studie werden door de deelnemers geen belangrijke problemen omtrent dit onderwerp ervaren. Tevens werd, zoals eerder al vermeld, het thema facebook door de deelnemers zelf aangehaald. Het blijft uiteraard belangrijk deelnemers te beschermen voor zichzelf en anderen. Het lijkt opportuun om in dat opzicht zeker met een besloten groep te werken. Echter, deelnemers geven aan dat ze het niet erg vinden om met onbekenden in debat te gaan. We zouden dan zelfs verder kunnen denken en ons de vraag stellen: "Moest de informatie al dan niet gelekt worden naar vreemden, zouden deelnemers dit dan als schadelijk ervaren?". Het lijkt voor deelnemers veel belangrijker om geen negatieve boodschappen te ontvangen en waakzaamheid omtrent dat thema verdient mogelijks meer aandacht.

Sociale media kunne tijdrovend zijn, zeker wanneer ze niet correct gebruikt worden. Ook hier dienen we onze patiënten voor te beschermen. De tijdsbesteding van individuen ligt immers verschillend. Er kon geen éénduidige verklaring worden gevonden, waarom sommige individuen wel en andere geen tijd namen om deel te nemen aan dit online interactieforum.

De vraag zou kunnen gesteld worden of we dit project noodzakelijk binnen een huisartsensetting dienen te houden. Geïnterviewden gaven aan dat dit niet noodzakelijk hoeft. Argumenten om dit wel te doen zouden kunnen zijn dat een groter publiek kan worden betrokken en ook buiten de praktijk deelnemers kunnen worden aangesproken. Een nadeel zou kunnen zijn dat het persoonlijke contact en beeld van de huisarts niet meer past. We merkten bovendien dat patiënten die door de collega huisartsen werden aangesproken, minder input gaven in het forum. De vrees zou kunnen bestaan dat patiënten buiten de praktijk nog minder actie zullen ondernemen. De voeling van de huisarts met zijn gemeenschap zal ook moeilijker worden.

Mechanisme

Verschillende mechanismen die aanleiding zouden kunnen geven tot gedragsverandering werden hoger besproken. Het gevoel ergens terecht te kunnen en het neerschrijven of

beluisteren van ervaringen zijn eerder kenmerken van een individu. Toch zijn andere mensen nodig om deze te kunnen realiseren. Interpersoonlijke interactie blijft dus centraal staan. Enkel strikt individuele factoren zoals de houding ten opzichte van de prijs van sigaretten of het al dan niet aankopen van een fitnessabonnement zijn in casu onafhankelijk van de actie van andere deelnemers.

Het zich gesteund voelen door anderen blijkt van groot belang blijkt te zijn. Het op zoek gaan naar die steun kan zeker ook in de hand gewerkt worden door over het onderwerp te spreken.Zoals eerder vermeld, werd bemerkt dat het voornamelijk mensen waren die alleen zijn en sociaal contact opzoeken die deelnamen aan de discussie. Mensen die afhaakten of weinig input gaven hadden hier misschien geen tijd, noch interesse voor. Dit laatste blijkt toch een belangrijke rode draad te vormen. Mensen die alleen zijn, zoeken interactie met lotgenoten om zich gesteund te voelen. Specifiek voor de rookstopgroep zouden we de nieuwe CMO-hypothese: online discussiegroepen kunnen werken voor mensen die alleen zijn en op zoek gaan naar sociale contacten en ervaringen van lotgenoten om te helpen te stoppen met roken of meer te gaan bewegen.

Verdergaand op onze CMO-hypothesen zouden we kunnen trachten om subgroepen te definiëren voor wie de interventie nuttig was en ook kan zijn in de toekomst. We zouden kunnen afleiden dat alleenstaanden met nood aan sociale ondersteuning bij het realiseren van hun doelen veel baat zouden kunnen hebben bij een soortgelijke discussiegroep. Tevens hebben we de indruk dat mensen die het psychologisch niet altijd gemakkelijk hebben omwille van stress, verlies of verdriet ook meer nood hebben aan deze steun. De discussiegroepen werkten mogelijks niet goed voor mensen die reeds voldoende sociale contacten hebben en/of een familiebasis waarop ze kunnen steunen. Dit stemt overeen met wat de “US Centers for Disease Control and Prevention” formuleerden. Onvoldoende steun en gezelschap van familie en vrienden is de belangrijkste barrière om aan fysieke activiteit te doen. We horen echter van de geïnterviewden dat familie niet altijd de juiste begeleiders zijn. In het geval van roken omdat ze ofwel zelf roken ofwel er heel erg kritisch mee omgaan zodat de persoon in kwestie zich niet gesteund voelt. Omgekeerd vermeldden de geïnterviewden dan weer dat sociale contacten ook één van de redenen waren om te blijven roken. Het sociale aspect speelt dus ook een belangrijke rol. We zouden kunnen stellen dat de invloed van lotgenoten, al dan niet aangeleverd via nieuwe media een belangrijke rol speelt[29].

Het lijkt dus wel degelijk plausibel dat de interactie met lotgenoten aanleiding zal kunnen geven tot gedragsverandering. De lange termijn effecten van deze studie werden echter, net

zoals in vele andere studies hoger beschreven[19], niet bestudeerd. De geïnterviewden gaven ook geen subjectieve gedragsverandering aan. Wel realiseren de onderzoekers zich dat er duidelijk een gedragsverandering nodig is, om tot actie over te gaan. Deze kan in de hand gewerkt worden door de communicatie met lotgenoten. Aan de basis blijft ook de initiële motivatie van de deelnemer om te participeren belangrijk. Een mooi citaat waarin een deelneemster zelf de TPB[11] staafde is het volgende: "*Ze gaan dan meedoen, maar wat gebeurt er daarna… Verplichten kan je toch niet*".

In het "Crush the crave" programma[23] deelden de gebruikers ervaringen rond de verschillende stadia van hun rookstopproces. Zowel rond de positieve ervaringen van het stoppen met roken, als over de moeilijkheden werd er gesproken. Het viel op dat ook in onze studie het delen van voornamelijk die moeilijkheden bij de rookstoppoging van groot belang was voor de deelnemers. De voorbeelden die aan elkaar werden gegeven, verhoogden de motivatie van de deelnemers. Als CMO-hypothese kunnen we stellen: Mensen die op zoek zijn naar voorbeelden van lotgenoten kunnen deze via een online interventieprogramma vinden en hier zelf door gemotiveerd geraken. Een andere mogelijkheid waar de onderzoekers aan dachten, maar buiten het bestek van deze studie op gemeenschapsniveau, was het eventueel koppelen via sociale media van een individu aan een lotgenoot. Deze zou kunnen fungeren als een soort van buddy of partner die mee de strijd aangaat. Op die manier zou men elkaar kunnen motiveren op moeilijke momenten.

Outcome

Er konden geen objectieve gedragsveranderingen worden vastgesteld. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er weinig kwantitatieve data konden worden verzameld gezien de onderzoekspopulatie klein was. Nu werd deze vorm van data weinig betekenisvol bevonden en daarom ook niet verder beschreven.

Wanneer we opnieuw de TPB en bij uitbreiding het hoger vernoemde complementaire model betrekken, kunnen we in de tweede laag van het model de sociale factoren van leiderschap, subjectiviteit, creativiteit en emotionaliteit toepassen op onze interventie.

Leiderschap: We bemerken de zoektocht naar een rolmodel. We voelen aan dat er wel mensen bereid waren om de groep als leider te trekken. Deze konden zich echter onvoldoende uiten gezien de beperkte opkomst van iets minder gemotiveerde deelnemers die jammer genoeg niet op de kar sprongen.

Subjectiviteit: Iedereen neemt deel met zijn eigen verwachting. Deze verwachtingen zouden moeten kunnen worden uitgesproken en veranderen in de loop van de tijd. Er werd de mogelijkheid geboden om eigen voorbeelden aan te brengen, om eigen inzichten over het hoe en waarom te delen. Men voelt aan dat dat door de deelnemers wordt geapprecieerd en als een meerwaarde ervaren.

Als intermediaire uitkomst werd door de onderzoekers uit de interviews afgeleid dat door zelf online met het onderwerp bezig te zijn ook het onderwerp meer bespreekbaar werd gemaakt. Dit is een vaststelling die in andere onderzoeken nog niet werd gemaakt. Mogelijks omdat alhier vooral kwalitatieve data uit de geposte berichten werd gehaald en minder uit semigestructureerde interviews zoals in deze studie.

Emotionaliteit: Mensen die alleen zijn, zoeken elkaar op. Samen voelen ze zich mogelijks sterker. We zien dit niet als een nadeel, maar eerder als een voordeel dat leidt tot verbondenheid. De beleving en gevoelens omtrent rookstop of beweging stimuleren mensen om hierover te gaan praten.

Creativiteit: Door het vernieuwende concept hebben we ruimte gelaten ontwikkelingen. Een oplossing werd gevonden om te voldoen aan de nood van de deelnemers aan betrouwbare informatie. Die nood konden we ook terugvinden in de literatuur en werd beschreven in de eerder vernoemde studie van de Europese Commissie. 91% van de Belgen is aldus deze studie tevreden met de informatie die ze vinden op het internet. Van diegenen die niet tevreden waren, was dat echter bij 61% omdat ze de informatie onbetrouwbaar vonden. Een nieuw idee ontspon om een lijst met wetenschappelijk correcte websites te ontwerpen en te publiceren. De lijst, *bijlage 4,* werd aangeboden aan een breed publiek. Er werd bij het opstellen ervan door de onderzoekers een zo open mogelijke houding aangenomen zoals door andere masterproefstudenten werd geadviseerd[2] en men trachtte mee te gaan in de denkwijze van de patiënt door een antwoord te bieden op eenvoudige vragen. Er werd extra aandacht besteed aan het preventieve niveau gezien door de Europese commissie in hun onderzoek[1] werd aangegeven dat veel opzoekwerk gebeurd naar manieren en methoden om de gezondheid te verbeteren. Het blijft belangrijk dat patiënten deze informatie vergaren, maar liefst via de juiste bronnen zodat ze ook hun eigen juiste keuzes kunnen maken. Door de patiënten werden de websites als extra betrouwbaar ervaren omdat ze meegegeven werden door een arts. Het zou interessant kunnen geweest zijn om exacte cijfers te verzamelen omtrent wie al dan niet de online websites heeft gelezen en er iets mee heeft gedaan. De haalbaarheid hiervan was niet mogelijk binnen de onderzoekstermijn.

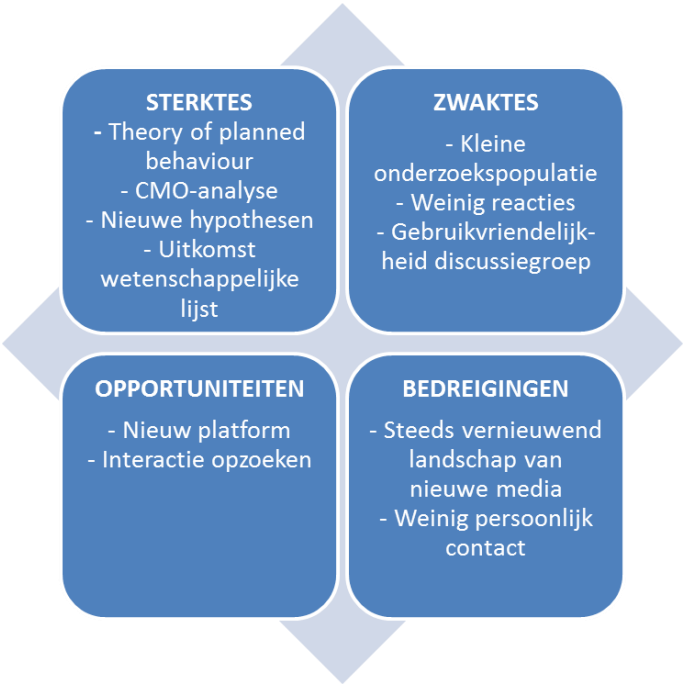
Hogerop werden reeds een aantal toekomstige ideeën van deelnemers voor een volgend project benoemt. Additief zouden de onderzoekers, naast facebook, nog kunnen denken aan het gebruik van een WhatsApp groep zoals in eerdere studies[24]. Tevens al dan niet aangestuurd door een moderator. Verder zien we ook de mogelijkheid tot het nog verder verspreiden van de nuttige websites voor patiënten. Een QR-code maken die kan opgehangen worden op verschillende plaatsen zou misschien een trigger kunnen zijn tot het vinden van de links. Of deze dan naar de praktijkwebsite van de huisartsenpraktijk Balegem verwijst of naar een onafhankelijke website, staat momenteel nog vrij te bepalen.

Financiële aspect

Tot slot willen we het in deze discussie nog even over het financiële aspect hebben. De rol van de huisarts als gezondheidsbevorderaar binnen het CANMEDS-model wordt erg belangrijk geacht. Doch, binnen de huidige huisartsgeneeskundige setting gaat hier weinig aandacht naar. Een hele masterproef kan waarschijnlijk gevuld worden omtrent dit onderwerp. De vrees bestaat dat huisartsen aan het begeleiden van online discussiegroepen en up-to-date houden van nuttige websites geen tijden wensen te besteden. Dit gezien er hiervoor geen enkele verloning bestaat. In een aantal wijkgezondheidscentra heeft men een aangenomen preventie-adviseur. Echter voor dit project wordt voor een deel medewerking van artsen gevraagd betreffende het bewaken van de correctheid van de geleverde informatie. Er wordt gevreesd dat ook binnen deze setting er voor artsen weinig tijdsoverschot en ruimte bestaat.

Beperkingen van het onderzoek

De kleine onderzoekspopulatie vormde een beperking voor het onderzoek. De onderzoeker had het project op voorhand misschien te groot gezien en niet goed ingeschat hoe moeilijk het was mensen te vinden om deel te nemen. Meer deelnemers zouden kunnen geleid hebben tot meer data die interessant zouden kunnen geweest zijn voor kwantitatief onderzoek. Verder had de onderzoeker ook de moeilijkheid van een praktijkwissel in september 2016 waardoor de band met de patiënten die eventueel konden deelnemen pas later kon worden ontwikkeld. Er werd een SWOT analyse van de interventie gemaakt. De sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen van de studie worden in *figuur 7* afgebeeld.



Figuur 7 – SWOT-analyse

De rol van de moderator is moeilijk in te delen onder een zwakte gezien deze toch een belangrijke taak had. Echter, deze taak moest duidelijker omschreven worden bij het begin van de studie en ook duidelijker gecommuniceerd naar de deelnemers toe. Een goede opvolging en mogelijks nog meer vraag gestuurd werken zouden in de toekomst aangewezen kunnen zijn. Mogelijks kan een eerste kennismakingsgesprek met de moderator of een life sessie waarin aan de deelnemers uitleg wordt verschaft over het project, nog meer helderheid brengen.

Omtrent het medium werden verscheidene bemerkingen reeds in de discussie aangekaart. Gebruiksvriendelijkheid en eenvoudige toegang zijn belangrijke vaststellingen om in het achterhoofd te houden.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Verder onderzoek naar het oprichten van online discussiegroepen via nieuwe media zal een uitdaging voor de toekomst zijn. Mits enkele contextuele veranderingen zou het herhalen van het project op grotere schaal mogelijk moeten zijn. Het blijft belangrijk hier de mening van patiënten in te betrekken. Bovendien zou het een bijzonder interessante aanvulling kunnen zijn om, met de opgedane expertise uit de googlediscussiegroep, een facebookgroep op te richten. Dit zou een nieuwe poging kunnen zijn tot het samenbrengen van dezelfde personen, en een eventuele uitbreiding ervan, in een online gemeenschap. Eventueel zou deze groep kunnen opgericht worden via een Facebookpagina of -profiel van de huisartspraktijk.

In dat licht zou het ook interessant kunnen zijn om eerder vernoemd retrospectief ontwikkelde hypothesen verder te onderzoeken in een aanvullende studie of masterthesis. Uiteraard dienen ook, zoals in eerdere onderzoeken vermeld, zoveel mogelijk de lange termijneffecten hiervan te worden bekeken. Het blijft het interessant deelnemers semigestructureerd te interviewen over hun ervaringen om zo meer informatie over de effecten van het programma te vergaren dan enkel uit online berichten. Tevens zouden bij een project op grotere schaal meer kwantitatieve gegevens ons nuttige informatie kunnen verschaffen.

De financiële invulling van het preventiebeleid in de eerstelijnszorg, en meer bepaald met betrekking tot de huisarts, dient vanuit de beroepsvereniging, het RIZIV en overheidsinstellingen te worden bijgestuurd.

Tot slot zal het belangrijk zijn om de ontwikkelde lijst met nuttige websites voor patiënten up-to-date te houden met de bestaande internetbronnen. Het zou tevens verrijkend kunnen zijn verder onderzoek te doen naar wat patiënten juist opzoeken, met welke informatie ze aan de slag gaan en hoe ze die interpreteren.

Conclusie

We startten dit onderzoek vanuit de volgende CMO-hypothese: Mensen uit de huisartspraktijk motiveren om deel te nemen aan een online forum over rookstop en beweging leidt tot een interactieve online discussie tussen deelnemers en huisarts welke kan bijdragen tot gezonder gedrag (rookstop en meer beweging).

Een eenduidig antwoord op deze vraag konden we nog niet stellen. We kunnen wel concluderen dat de online discussie voor aanvullende inzichten heeft gezorgd. Het aantal deelnemers bleef beperkt tot 21 en enkel vrouwen namen actief deel aan de discussie.

De rol van de moderator en het gebruikte online platform waren in deze studie misschien onvoldoende uitgewerkt en dienen in de toekomst te worden herbekeken. Het medium van google discussiegroepen bleek niet voor iedereen even aantrekkelijk en gebruiksvriendelijk. De rookstopgroep was meer actief dan de groep gezond bewegen. Dit mogelijks ten gevolge van het concretere doel. De privacy van alle deelnemers bleef bewaard en was op geen enkel ogenblik een heikel punt.

Het weten dat men ergens terecht kan, het neerschijven of beluisteren van ervaringen, een aantal individuele factoren en de interactie tussen deelnemers waren mechanismen die mogelijks aanzet gaven tot gedragsverandering. Deelnemers zijn geïnteresseerd om over het onderwerp te praten, willen zich gesteund voelen en het gevoel krijgen niet meer alleen te zijn. Voornamelijk mensen die alleen zijn en sociaal contact opzoeken of mensen die het psychologisch niet gemakkelijk hebben, interesseerden zich voor het project. We verklaarden dit door de nood aan sociale steun bij het realiseren van hun gezondheidsdoelstellingen. Deze steun kan eventueel via nieuwe mediakanalen en de vernoemde interactieve online-discussie worden bekomen. De online-discussie kan zeker op gemeenschapsniveau gevoerd worden en deelnemers hoeven elkaar op voorhand niet te kennen om te participeren. Het uitwisselen van voorbeelden was ook een belangrijk gegeven. Drie nieuwe CMO-hypothesen werden gedurende de discussie naar voor geschoven.

- Door met lotgenoten in gesprek te gaan en ervaringen te horen van anderen wil men het gevoel krijgen niet meer alleen te zijn.
- Online discussiegroepen kunnen werken voor mensen die alleen zijn en op zoek gaan naar sociale contacten en ervaringen van lotgenoten om te helpen te stoppen met roken of meer te gaan bewegen.

- Mensen die op zoek zijn naar voorbeelden van lotgenoten kunnen deze via een online interventieprogramma vinden en hier zelf door gemotiveerd geraken.

Een aantal deelnemers zijn wel degelijk geïnteresseerd geraakt om opnieuw aan de slag te gaan met hun eigen problematiek en voelen zich door het programma ook meer gesteund door anderen én hun omgeving. Het onderwerp werd bespreekbaar gemaakt. Door het contact met lotgenoten wordt het gevoel alleen te zijn doorbroken en creëert men verbondenheid. De nood aan informatie werd ingevuld door een lijst met wetenschappelijke correcte websites te ontwerpen. Patiënten onthaalden deze lijst positief en we dienen deze zeker interactief te blijven aanbieden.

We kunnen besluiten dat er heel wat potentieel zit om nieuwe media te gebruiken in de huisartsensetting. Meer onderzoek naar lange termijn gevolgen van preventieve projecten blijft ook belangrijk. De weg is nog lang, maar vol met uitdagingen. De toekomst is dichterbij dan we denken.

“I alone cannot change the world,

but I can cast a stone across the waters to create many ripples”

Mother Teresa

Bronnen

1. Social TP. European citizens' digital healt literacy. Flash Eurobaraometer 404. European Union.
2. Auwerx K, Debbaut P, Van Riel N, Vanhees S, Schoenmakers B. Ziek op internet of ziek door internet? De effecten van dokter google op het gezondheidsgedrag in Vlaanderen. Huisarts Nu. 2016:260-5.
3. CarrièreCentrum Zorg. CanMEDS rollen. 2015. Available online: http://www.cczorg.nl/coaching/canmeds-assessment/canmeds-rollen/
4. VUmc Amsterdam. Available from: https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/6876691/7168701/CanMEDS-_bron_V_VN_.pdf.
5. Deloose L. De Vlaamse huisarts, een geboren health advocate? : Ghent; 2016.
6. International Council of Nurses. Promoting Health Adovcacy Guide for Health Professionals. 2008 978-92-95065-30-7.
7. World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998.
8. NR. Artsen en digitale media. Advies. 2015.
9. Ajzen I. Summary of the TPB by Ajzen. Available from: http://www.valuebasedmanagement.net/methods_ajzen_theory_planned_behaviour.html.
10. Van Lange P, Kruglanski A. Handbook of Theories of Social Psychology SAGE Publications Ltd 1144 p.
11. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179-211.
12. Decat P. Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America. 2016.
13. Young SD, Belin TR, Klausner JD, Valente TW. Methods for measuring diffusion of a social media-based health intervention. Soc Netw. 2015;4(2):41-6.
14. Bramlett Mayer A, Harrison JA. Safe Eats: an evaluation of the use of social media for food safety education. J Food Prot. 2012;75(8):1453-63.
15. Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiege SJ, Santelli J. Social media-delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2012;43(5):467-74.
16. Chou WY, Hunt YM, Beckjord EB, Moser RP, Hesse BW. Social media use in the United States: implications for health communication. J Med Internet Res. 2009;11(4):e48.
17. Jones K, Baldwin KA, Lewis PR. The potential influence of a social media intervention on risky sexual behavior and Chlamydia incidence. J Community Health Nurs. 2012;29(2):106-20.
18. Turner-McGrievy GM, Tate DF. Weight loss social support in 140 characters or less: use of an online social network in a remotely delivered weight loss intervention. Transl Behav Med. 2013;3(3):287-94.
19. Vandelanotte C, Spathonis KM, Eakin EG, Owen N. Website-delivered physical activity interventions a review of the literature. Am J Prev Med. 2007;33(1):54-64.
20. Walters ST, Wright JA, Shegog R. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. Addictive Behaviors. 2006;31(2):264-77.

21. Momin B, Neri A, McCausland K, Duke J, Hansen H, Kahende J, et al. Traditional and innovative promotional strategies of tobacco cessation services: a review of the literature. J Community Health. 2014;39(4):800-9.
22. Coiera E. Social networks, social media, and social diseases. BMJ : British Medical Journal. 2013;346.
23. Struik LL, Baskerville NB. The role of Facebook in Crush the Crave, a mobile- and social media-based smoking cessation intervention: qualitative framework analysis of posts. J Med Internet Res. 2014;16(7):e170.
24. Cheung YT, Chan CH, Lai CK, Chan WF, Wang MP, Li HC, et al. Using WhatsApp and Facebook Online Social Groups for Smoking Relapse Prevention for Recent Quitters: A Pilot Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2015;17(10):e238.
25. Valle CG, Tate DF, Mayer DK, Allicock M, Cai J. A randomized trial of a Facebook-based physical activity intervention for young adult cancer survivors. J Cancer Surviv. 2013;7(3):355-68.
26. van Mierlo T, Voci S, Lee S, Fournier R, Selby P. Superusers in Social Networks for Smoking Cessation: Analysis of Demographic Characteristics and Posting Behavior From the Canadian Cancer Society's Smokers' Helpline Online and StopSmokingCenter.net. J Med Internet Res. 2012;14(3):e66.
27. Ko NY, Hsieh CH, Wang MC, Lee C, Chen CL, Chung AC, et al. Effects of Internet popular opinion leaders (iPOL) among Internet-using men who have sex with men. J Med Internet Res. 2013;15(2):e40.
28. Young SD, Zhao M, Teiu K, Kwok J, Gill H, Gill N. A social-media based HIV prevention intervention using peer leaders. J Consum Health Internet. 2013;17(4):353-61.
29. Nakhasi A, Shen AX, Passarella RJ, Appel LJ, Anderson CA. Online social networks that connect users to physical activity partners: a review and descriptive analysis. J Med Internet Res. 2014;16(6):e153.
30. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation bloodlines. American Journal of Evaluation. 2001;22(3):317-24.
31. Westhorp G. Realist impact evaluation: an introduction. London: Overseas Development Institute, 2014.

Bijlagen

Bijlage 1: Affiche praktijkproject

Proefproject:

Gezondheidsbevordering via de praktijkwebsite en online begeleiding: haalbaar in de huisartspraktijk?

3 domeinen:

Beweging

Rookstop

Slaapproblemen

Meer info op de uitgestalde flyer of bij dr. Carmen Binst (HAIO)



Bijlage 2: Flyer praktijkproject



Proefproject:

Gezondheidsbevordering via de praktijkwebsite en online begeleiding: haalbaar in de huisartspraktijk?

Het doel van het project is om te kijken of online stimulatie en gespreksvoering een rol kunnen spelen in het bevorderen van de gezondheid van onze patiënten.

Hoe verloopt het project? Patiënten kunnen zich aansluiten bij een of meerdere van de volgende drie gezondheidsdomeinen: beweging, rookstop, slaapproblemen.

We trachten samen online een groep te vormen waarin we ervaringen kunnen delen, tips kunnen uitwisselen, informatie kunnen vinden,… betreffende dat thema. Ikzelf zal af en toe een interventie doen door een interessant weetje, artikel, … te posten of mee te reageren op een bericht van jullie. Ik tracht het hele proces in goede banen te leiden, maar sta open voor elke suggestie of opmerking.

Hoe deelnemen? Inschrijven kan door vrijblijvend te mailen naar: praktijkproject.preventie@gmail.com met de vraag om aan één of meerdere forums deel te nemen. Nadat ik jou een verzoek heb gestuurd en jij dit hebt geaccepteerd kunnen we samen met de groep aan de slag!

Wat met mijn privacy? Enkel leden van de groep zullen jouw berichten of commentaren op de pagina kunnen lezen. De informatie die gedeeld wordt zal op geen enkele manier openbaar gemaakt worden. Iedere deelnemer bevestigt met zijn inschrijving ook dat door hem/haar niets uit de groep zal gekopieerd worden op gelijk welke manier.

Bij vragen, contacteer me gerust!

Alvast bedankt voor jullie medewerking,

Dr. Carmen Binst
HAIO

Praktijkproject.preventie@gmail.com

Bijlage 3: Mail gericht aan collegae

Beste collega's,

In het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar het bevorderen van de gezondheid van onze patiënten op gemeenschapsniveau. Dit door aan gezondheidspromotie te doen. We zijn er van overtuigd dat patiënten slechts tot actie in staat zijn als ze zich gesteund voelen door hun gemeenschap. Bovendien dienen zij ook voldoende geïnformeerd te zijn omtrent hun eigen gezondheid. Deze informatie dient tevens correct te zijn. Op dit laatste punt loopt het al te vaak mis. Dit gezien patiënten zelf gaan googelen en op niet-wetenschappelijke websites of fora terecht komen alwaar ze verkeerde informatie vinden.

Om dit googlegedrag tegen te gaan ben ik ervan overtuigd dat we als arts patiënten beter de juiste tools in handen geven om opzoekwerk te doen, dan hen dit te verbieden. Daarom heb ik een lijst van wetenschappelijk correcte websites samengesteld, waarop patiënten al heel wat informatie kunnen vinden. Het doel van deze lijst is om deze onder patiënten zoveel mogelijk bekend te maken.

Onze eigen praktijk nam deze lijst reeds op: www.huisartsenpraktijkbalegem.be => nuttige websites.

Ook de huisartsenkring Panacea nam op de lijst mee op in de pagina met nuttige links http://hak-panacea.be/nl/links-en-partners/links-partners

Concreet stel ik deze lijst met wetenschappelijk correcte websites ook beschikbaar voor uw eigen website. Indien u hierbij vragen heeft, ben ik steeds bereid u hier ook op informaticaniveau bij te ondersteunen. U vindt de lijst met websites in bijlage. Deze lijst is niet-limitatief en ik sta open voor suggesties!

Contacteer me gerust met al uw vragen op carmen.binst@gmail.com .

Met vriendelijke groeten,

Dr. Carmen Binst

HAIO Dr. Jo Steppe

carmen.binst@gmail.com

Bijlage 4: Lijst met nuttige websites

Waar vind ik correcte informatie rond mijn gezondheid?

Veel mensen weerstaan niet aan de verleiding om op het internet te surfen naar informatie rond hun gezondheid. Wij begrijpen deze vraag naar informatie en willen hierin tegemoet komen door jullie enkele verantwoorde websites voor te stellen.

Ik kreeg een diagnose, maar snap nog onvoldoende wat ze betekent.

Vul op de volgende websites jouw diagnose in en vind de informatie die je zoekt:

www.thuisarts.nl

www.gezondheidenwetenschap.be

www.domusmedica.be/praktijk/consultatie/patientenfolders.html

www.choosingwisely.org (Engelstalige informatie rond de juiste keuze maken bij het aanvragen van een test, instellen van een behandeling, klik in de zoekbalk op "lists" en daarna op "patients". Let wel het gaat hier om een Amerikaanse website dus niet alle informatie is extrapoleerbaar)

Ik wil informatie rond het bevolkingsonderzoek van bv. darmkanker, borstkanker, baarmoederhalskanker,…

www.bevolkingsonderzoek.be (door de overheid aanbevolen en aangeboden bevolkingsonderzoeken)

www.dekeuzemaken.be (prostaatkanker)

Ik denk dat ik een verslaving heb of wil iemand helpen die een verslaving heeft:

http://dedruglijn.be/ (voor alle vragen over drank, drugs, pillen, gamen en gokken)

www.zelfhulp.be/ (informatie over zelfhulpgroepen)

https://www.alcoholhulp.be/ (online zelfhulp rond het minderen of (tijdelijk) stoppen met drinken)

www.tabakstop.be (rookstopbegeleiding)

www.vlaanderenstoptmetroken.be (tabakoloog in de buurt)

www.vigez.be/themas/tabak (up to date informatie van de laatste ontwikkelingen op het gebied van tabak)

www.alcoholhulp.be (online zelftest)

www.cannabishulp.be (online zelftest)

Ik wil meer informatie rond gezonde voeding:

http://www.gezondheidstest.be/ (verschillende gezondheids-en beweegtesten)

http://www.vbvd.org/dietist/zoek-een-dietist (zoek een diëtist in de buurt)

http://www.internubel.be/ (voedingswaarde van alle merkproducten)

http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging (info rond voeding, beweging en sedentair gedrag)

http://www.123aantafel.be/ (gezond aan tafel met kinderen tussen 3-6 jaar)

http://www.voedingscentrum.nl/nl.aspx (Nederlandse website met informatie rond voeding en o.a. een calorieteller)

http://www.nice-info.be/ (voedingsinformatiecentrum: wetenschappelijke en educatieve informatie over voeding en gezondheid)

Ik wil meer informatie rond de zorgen voor mijn (zieke) kind:

www.kindengezin.be/gezondheid-en-vaccineren/ziek (alle meest voorkomende kinderziekten op een rijtje)

www.vwvj.be(alles over jeugdgezondheidszorg)

www.gezinsbond.be (een antwoord op jouw vragen mbt je gezin: kinderbijslag, studietoelagen, personenbelasting, huurwetgeving, ouderschapsverlof, ...)

www.gezondopvoeden.be (informatie voor ouders die hun kinderen van 2-18 j gezond willen opvoeden)

www.groeimee.be (over opvoeden en opgroeien)

www.childfocus.be/nl (stichting voor vermiste en seksueel uitgebuite kinderen)

www.gidsvoorgezinnen.be (vragen over én voor gezinnen)

Moet ik mij laten vaccineren?

www.zorgengezondheid.be/basisvaccinatieschema

www.griepvaccinatie.be

Ik wil meer informatie rond mijn zwangerschap(wens):

www.gezondzwangerworden.be (handleiding gezond zwanger worden)

www.arteveldehogeschool.be/eenbuddybijdebuik/(informatiesite rond (niet)zwanger willen worden, zwanger zijn, hulp bij de zwangerschap/bevalling/… opgesteld door vroedkundigen van de Artevelde Hogeschool Gent)

www.kraamkaravaan.be/ (expertisecentrum kraamzorg Oost-Vlaanderen)

http://www.lareb.nl/Teratologie/Ik-ben-zwanger-of-geef-borstvoeding (geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap)

https://www.cybele.be/CybeleN/#t=intronl%2Fintrozw_n.htm (geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap)

Ik wil meer informatie rond mijn seksuele gezondheid:

http://www.allesoverseks.be/ (de jongerensite van sensoa)

http://www.nvsh.nl/ (Nederlandse site over seksuele voorlichting)

http://www.sensoa.be/ (Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid)

http://www.seksualiteit.be/anticonceptie/de-pil/ik-ben-mijn-pil-vergeten-te-nemen-wat-nu (pil vergeten nemen: wat nu?)

http://www.zanzu.be (seksuele gezondheid voor anderstaligen)

Ik wil het juiste reisadvies:

http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?WPID=136&L=N (Reisadvies per regio)

Ik wil meer informatie rond dementie:

http://www.dementie.be/ (Vlaams expertisecentrum Dementie)

http://www.alzheimerliga.be/ (Infosite rond Alzheimer dementie)

Ik wil vermijden dat ik zelf of iemand uit mijn omgeving ten val komt:

www.vermijdvallen.be/

Ik heb een sportletsel:

www.veiligheid.nl/voorkomblessures/algemene-tips-blessures/blessures-film-feiten/enkelblessures

www.vvsport.be/index.php?menu=Gezondheidstips (Vlaamse vereniging voor sportgeneeskunde)

https://cjsm.be/gezondsporten/themas/sportletsels-eerste-hulp-en-preventie (Sportletsels: eerste hulp en preventie)

Ik wil meer weten over (terugbetaling van) andere eerstelijnswerkers:

https://www.bfp-fbp.be/psycholoog/zoeken (Belgische federatie van psychologen)

http://vlaamspatientenplatform.be/_plugin/ckfinder/userfiles/files/2015%20Overzichtstabel%20terugbetaling%20psychotherapie.pdf (terugbetaling psycholoog)

www.kinesitherapie.be/nl/home/ (Nationaal Kwaliteitsregister Kinesitherapeuten)

Ik slaap slecht:

www.slaapzorgeloos.be (tips en adviezen rond slapen, vraag meer informatie bij je arts)

Ik wil meer informatie rond mijn mentale gezondheid of die van mijn naasten:

www.fitinjehoofd.be (voel je goed in je vel en werk aan veerkracht dmv deze site)

www.zelfhulpwijzer.nl (anonieme zelftest om te kijken hoe ernstig je psychische klachten zijn)

http://nl.similes.be/ (vereniging voor gezinsleden en nabij betrokkenen van personen met psychische kwetsbaarheid)

www.zilverwijzer.be (voor 60+)

www.noknok.be(voor 12-16 jaar)

www.geestelijkgezondvlaanderen.be

www.zelfmoord1813.be (dringend nood aan een gesprek)

Iedereen heeft het wel eens moeilijk. Blijf er niet mee zitten!

www.caw.be/ (centrum voor algemeen welzijn)

www.jac.be (jongerenafdeling CAW)

http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/ (heel wat nuttige info rond jongerenwelzijn)

http://www.tele-onthaal.be/ (bellen met een hulpverlener)

Ik wil meer informatie rond verwerking van rouw en verlies:

www.verliesverwerken.nl (hulp en advies bij rouw en verlies)

www.werkgroepverder.be (website werkgroep naastbestaanden van suïcide)

Ik wil meer info rond de invloed van het milieu op mijn gezondheid:

www.gezondbinnen.be (invloed van je woning)

www.gezondheidenmilieu.be (invloed van de buitenomgeving)

www.nooitbinnenroken.be (invloed van passief roken)

Andere nuttige links:

www.antigifcentrum.be/ (website van het Belgisch Antigifcentrum met contactgegevens)

www.zorg-en-gezondheid.be/ (officiële website Agentschap Zorg en Gezondheid Vlaamse Overheid)

http://hak-panacea.be/nl (website van onze wachtkring met onder andere info rond de wachtpost)

http://vlaamspatientenplatform.be/ (Vlaams patiëntenplatform: inspraakplatform voor patiënten)

http://logogezondplus.be/ (alle informatie om aan een gezondheidsproject deel te nemen of er zelf eentje te organiseren op werk/school/...)

Deze lijst is niet limitatief en bij tips op adviezen neem gerust contact op.

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol

Protocol thesis

Titel: Gezondheidsbevordering via de praktijkwebsite en online fora: haalbaar in de huisartspraktijk?

Onderzoekers: Carmen Binst, Peter Decat

Onderzoeksvraag: Welke rol kunnen nieuwe media spelen in de huisartsenpraktijk ter bevordering van de gezondheid op gemeenschapsniveau?

Hoofdvraag: Hoe werd het gebruik van nieuwe media in de huisartsenpraktijk als gezondheidsbevorderingsmodule ervaren door de gemeenschap?

Deelvragen:

- Staan patiënten open voor het gebruik van nieuwe media in een huisartsenpraktijk?
- Hoe ervaren deelnemers aan het online forum de interventie?
- Op welke manier bevorderen nieuwe media de gezondheid van onze patiëntenpopulatie? Gaan patiënten er meer over praten of effectief tot actie over?
- Hoe is het proces/de implementatie ervaren door de gezondheidswerkers in de praktijk?

Soort onderzoek: Prospectief interventioneel actie onderzoek

Introductie:

Nieuwe media en hun toepassingen krijgen een steeds prominentere rol in onze maatschappij. Ook in de gezondheidszorg. In één van de zeven rollen van het Canmeds model, toegepast op de huisarts, is er een taak weggelegd als gezondheidsbevorderaar op verschillende niveaus. Zo wordt deze taak ook op het niveau van de gemeenschap beschreven . De invulling van deze rol voor de huisarts is tot op heden echter weinig concreet. In deze masterproef wil men onderzoeken of nieuwe media bruikbaar zouden kunnen zijn om een deel van deze rol in te vullen.

In het Engels wordt binnen het CANMEDS model gesproken van “health advocacy at community level”. Graag had ik deze term verder in de masterproef vertaald als gezondheidsbevorderaar. Andere vertalingen die ik tegenkwam in de literatuur waren: gezondheidsadvocaat, pleitbezorger op vlak van gezondheid en gezondheidspromotor. Bij deze laatste ligt de nadruk vooral op promotie en dat doet mij dan weer denken aan reclame. De bedoeling is niet enkel om promotie te maken, maar ook om effectief de gezondheid van onze gemeenschap te verbeteren, alsdus te bevorderen.

Enkel kennis veranderen heeft vaak onvoldoende impact om een effect te hebben op het gedrag. Er moeten wijzigingen optreden in attitude, waargenomen normen en controle om een gedragsverandering in te zetten. Aandacht moet dus voornamelijk naar deze laatste drie gaan en niet enkel naar het informeren. Dit concept sluit aan bij de theory of planned behavior die ik graag wil betrekken in dit onderzoek.

Doel van de studie

Hypothese: Nieuwe media kunnen een rol spelen in het bevorderen van de gezondheid op gemeenschapsniveau.

Het doel van de studie zal eruit bestaan de rol van nieuwe media in de huisartsenpraktijk na te gaan en dit meer bepaald binnen het domein van de gezondheidsbevordering op gemeenschapsniveau.

Review of literature 1 pagina toegevoegd.

Materialen en methoden

Een eerste stap zal zijn een literatuuronderzoek op te stellen om na te gaan wat er reeds in de literatuur verschenen is rond preventie via nieuwe media in de huisartsenpraktijk. Het doel is daarna om gerichte interventies online op te zetten via een online forum. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van drie grote thema's die alom vertegenwoordigd zijn in de huisartspraktijk: rookstop, vermagering en slaapproblemen.

Praktisch zullen er via het online forum: http://www.praktijkproject.proboards.com 3 groepen worden aangemaakt via het praktijkprofiel: "Praktijkproject Preventie". Patiënten kunnen deelnemen aan één van deze 3 groepen door zich te registreren op het forum. . De onderzoeker voegt nadien de desbetreffende persoon toe aan de gewenste groep. Op deze manier is er geen toegang tot de groepen voor niet-leden zonder controle van de onderzoeker. De groep zal ook niet kunnen worden gezocht in de zoekresultaten en enkel deelnemers van de groep zullen de inhoud ervan kunnen zien.

De privacy van de deelnemers wordt bewaard door volgende maatregelen:

5) Lidmaatschap is enkel op uitnodiging.
6) De groep kan niet gezocht worden in de zoekresultaten.
7) Alleen deelnemers kunnen de inhoud van de groep zien.
8) Deelnemers bevestigen met hun inschrijving dat ze niets uit de groep zullen kopiëren of openbaar maken.

In de groep zelf zal er gediscussieerd worden rond de diverse thema's. Door de onderzoeker zullen berichten worden geplaatst waar mensen op kunnen reageren, maar ook de deelnemers kunnen informatie posten. De strategie van de onderzoeker zal zoveel mogelijk gebaseerd zijn op de 'theory of planned behavior'. Waarbij men de focus voornamelijk wil leggen op wijzigingen in attitude, waargenomen normen en controle. Het idee hierachter is dat wijzigen in gedrag moeten plaatsvinden alvorens men bereid is om nieuwe informatie toe te laten. Door patiënten rond een bepaald thema samen te brengen, hoopt het onderzoeksteam dat zij elkaar bovendien gaan motiveren en stimuleren om bezig te zijn rond een welbepaald thema.

Er zal tevens informatie verzameld worden over preventie op gemeenschapsniveau en deze zal aangewend worden om op praktijkniveau iets te realiseren. Deze informatie zal ook ter beschikking gesteld worden van de patiënten via het online forum en tevens via de website van de praktijk.

Het doel is om een zo groot mogelijke patiëntenpopulatie te bereiken en niet zo zeer te werken rond de 1-1 relatie arts-patiënt. De doelpopulatie zal door het opzet van de studie echter beperkt worden tot patiënten met eenvoudige toegang tot het internet en die vertrouwd zijn met het gebruik ervan.

Ter evaluatie van het project zal nagegaan worden of de interventies functioneel waren en waarom. Er zal nagegaan worden of er randvoorwaarden zijn voor het slagen van de interventie. Ook zal een SWOT-analyse gemaakt worden met de nadruk op de opportuniteiten en struikelblokken. Voor dit laatste zullen een 5-tal diepte-interviews plaatsvinden met deelnemers uit de verschillende groepen. We zullen ook trachten een evaluatie van de interventie te maken op praktijkniveau. Dit door middel van zelfreflectie binnen de praktijk zowel met de praktijkopleider als met de andere artsen binnen de praktijk.

Bijlage 6: Gunstig advies ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Peter DECAT
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0484	26-mei-16	FAGG, Bimetra Clinics

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Gezondheidsbevordering via de praktijkwebsite en online fora: haalbaar in de huisartspraktijk? (MaNaMa Carmen Binst)
Belgisch Registratienummer: B670201628289
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier versie 2 dd. 28/04/2016 (Volledig ontvangen dd. 02/05/2016)
* Informatie- en toestemmingsformulier: - N. & E.
* Protocol
* CV dr. Carmen Binst dd. 6/02/2016

Advies werd gevraagd door: dr. P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 4/05/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/05/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 4/05/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/05/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/05/2016THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/05/2016

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185, B-9000 Gent
www.uzgent.be