Het promoten van een gezonde leefstijl: een praktijkverbeterend project.

Evaluatie van het toepassen van motiverende gespreksvoering bij overgewicht

Sara De Neef, KULeuven

Promotor: Jo Goedhuys, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context

Reeds jaren lang neemt de incidentie van overgewicht en obesitas toe als gevolg van ongezonde eetgewoontes en een sedentaire leefstijl. Als huisarts wil je een gezonde leefstijl promoten omwille van de enorme gezondheidswinst, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor het overgewicht bij hun patiënten, maar dat er meer aandacht mag gaan naar het bespreken hiervan.

Onderzoeksvraag

Dit praktijk verbeterend project wil de artsen meer vertrouwd maken met het promoten van een gezonde leefstijl. Hiervoor wordt er een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

- Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl?
- Hebben de artsen het gevoel dat de e-learning en de patiënten info hen helpt om een motiverend gesprek te voeren?
- Welk advies kan je best mee geven afhankelijk van het motivatiestadium?
- Hoeveel tijd zullen deze gesprekken in beslag nemen?
- Hoe wordt deze interventie onthaald bij de zorgverleners en bij de patiënten?

Methode

Aan de hand van de FOCUS-PDCA cyclus werd het probleem van het promoten van een gezonde leefstijl in kaart gebracht. Er werd gezocht naar wetenschappelijk onderbouwde patiënteninformatie en deze werd verspreid over de artsenlokalen. De artsen doorliepen een e-learning over motiveren van Eetexpert.be VZW en werden gebriefd over het verloop van de gesprekken en de vragenlijsten. Twee pop-ups werden geïnstalleerd bij alle patiënten tussen de 18 en de 80 jaar: 'bespreek leefstijl' bij patiënten met een BMI hoger dan 25 kg/m² of 'bepaal BMI'. Patiënten met de pop-up 'bespreek leefstijl' kwamen in aanmerking voor een motiverend gesprek. Het project werd geëvalueerd door de patiënten en de artsen.

Resultaten

Aan de hand van folders over de voedings- en bewegingsdriehoek van het VIGEZ en de bijhorende informatieve illustraties gebeurde bij 28 patiënten een motiverend gesprek over hun leefstijl door 5 artsen. Door middel van de pop-up werden bij 92 personen hun BMI bepaald. De interventie werd positief onthaald bij de artsen en de patiënten. Alle patiënten gaven aan dat de dokter een gesprek mag beginnen over hun leefstijl, op één na, die hierover geen mening had. Van de 28 patiënten bevonden zich er 3 in de voorbeschouwende fase, 7 in de beschouwende fase, 9 in de beslissingsfase, 8 in de actiefase en 1 in de onderhoudsfase. Bij 17 van de 28 patiënten nam de motiverende gespreksvoering slechts enkele minuten in beslag, bij 9 van de 28 patiënten liep de consultatie uit. Van de negen patiënten waarbij een tweede consultatie plaats vond, zijn er drie waarbij een vooruitgang in motivatiestadium is vastgesteld. Bij de bevraging na afloop van het project van de patiënten die ook de tweede vragenlijst hebben ingevuld, hebben vijf van de zeven patiënten hun gedrag veranderd. Allen gaan ze deze veranderingen proberen verder te zetten. Ze vonden het een zinvolle begeleiding met verstaanbaar materiaal. Het project werd ook goed onthaald bij de artsen. De e-learning was een goede inleiding op het project. Het aangeboden materiaal werd als nuttig en bruikbaar ervaren, doch is er nog nood aan een meer gepersonaliseerde brochure met concrete tips en informatie over eetgewoontes in andere culturen. Het project wordt in de toekomst herhaald.

Conclusie

Dit praktijkverbeterend project heeft de nadruk gelegd op de promoten van een gezonde leefstijl en kwam zo tegemoet aan een verlangen van de patiënten.

Er moet echter gefocust worden op manieren om ook de sociaal kwetsbare patiënten meer bij dit project te betrekken.

Voorwoord

Een gezonde leefstijl aanhouden in de huidige maatschappij is niet gemakkelijk. Hieruit volgt dat we steeds meer geconfronteerd worden met patiënten die lijden aan verschillende aandoeningen: overgewicht, hypertensie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen…

Als HAIO startte ik in een wijkgezondheidscentrum. Hierdoor zie ik veel sociaal kwetsbare patiënten: laaggeschoolden en anderstaligen. Ik word ook geconfronteerd met leefstijl gerelateerde aandoeningen: overgewicht, hypertensie, diabetes, cardiovasculaire problemen. Omdat preventie een van de streefdoelen van onze praktijk is, wilden de zorgverleners al een lange tijd werken rond overgewicht. Zo kwam in samenspraak met mijn praktijkopleider dit praktijkverbeterend project tot stand. Hoe kunnen wij onze patiënten motiveren om een gezondere leefstijl na te streven en hoe staan de patiënten hier tegenover?

Op persoonlijk vlak heb ik ook veel geleerd met dit praktijkverbeterend project. Zo heb ik de kans gekregen mij te verdiepen in de motiverende gespreksvoering. Deze kennis kan ik de rest van mijn carrière blijven gebruiken. Door het project heb ik mij ook meer verdiept in ons medisch programma. Zo kan ik nu een doelgroep selecteren uit het patiëntenbestand en een pop-up laten verschijnen over welke actie we bij hen moeten ondernemen. Dit prikkelde mij om ook in de toekomst op die manier nog verbeteringen door te voeren. Verder was ik ook positief verbaasd over hoe sterk het verlangen naar een gezonde leefstijl leeft bij de patiënten, dat patiënten hun overgewicht ook vaak als vervelend ervaren en vaak wel open staan voor gedragsveranderingen.

Graag wil ik de artsen en de patiënten die hebben deelgenomen aan dit project bedanken en in het bijzonder mijn praktijkopleider Tine Avermaete die zowel professioneel als persoonlijk een grote steun was bij de realisatie van dit project in de praktijk. Ook wil ik professor Jo Goedhuys, mijn promotor, bedanken om mij steeds bij te staan met deskundig advies en die me goed begeleid heeft om het project vorm te geven.

Inhoud

Abstract 3
Voorwoord 4
1. Inleiding 6
2. Methode 8
2.1. Literatuurstudie 8
2.1.1. Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl? 9
2.1.2. Welke advies kunnen we het beste mee geven afhankelijk van het motivatiestadium? 9
2.2. Project: 9
3. Tabellen en figuren 11
4. Resultaten 18
4.1. Literatuurstudie 18
4.1.1. Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl? 18
4.1.2. Welke advies kunnen we het beste mee geven afhankelijk van het motivatiestadium? 18
4.2. Project 18
4.2.1. Resultaten enquêtes 18
4.2.2. Resultaten interview artsen 20
5. Discussie 21
6. Conclusie 23
7. Bibliografie 24
Bijlagen 26
Bijlage 1: FOCUS-PDCA cyclus 26
Bijlage 2: goedkeuring ethische commissie 30
Bijlage 3: interview artsen 09 januari 2019 31

1. Inleiding

De incidentie van overgewicht neemt nog steeds toe in de huidige maatschappij. Deze masterproef gaat over een praktijkverbeterend project in een wijkgezondheidscentrum in Tienen. Uit cijfers blijkt dat het aandeel kinderen met overgewicht in onze regio bij de hoogste in Vlaams-Brabant behoort (1). Statistieken met betrekking tot overgewicht bij volwassenen waren niet voor handen. Uit de gezondheidsenquête 2013 van het WIV weten we dat sinds 1977 de incidentie van overgewicht en obesitas enkel stijgt . De belangrijkste risicofactoren hiervoor zijn ongezonde eetgewoontes en de sedentaire leefstijl. De prevalentie van overgewicht is ook hoger bij lager opgeleiden, die een groot deel van de populatie in onze praktijk uitmaken (2). Als huisarts wil je een gezonde leefstijl promoten bij je patiënten, omdat je weet welke gezondheidswinst dit kan opleveren op lange termijn. Maar hoe gebeurt dit concreet? Kan een arts zijn patiënten hierover aanspreken? In dit project wordt er een antwoord gezocht op hoe je vertrouwd kunt geraken met het motiveren van patiënten om een gezondere leefstijl na te streven.

Uit onderzoek van Nivel, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, naar “Huisartsenzorg bij overgewicht en obesitas” komt naar voor dat huisartsen zich wel verantwoordelijk voelen voor het overgewicht bij hun patiënten, maar dat er nog meer aandacht mag gaan naar het bespreken hiervan, vooral bij beginnend overgewicht. De rol van de huisarts bestaat er voornamelijk in om ongemotiveerde patiënten aan te spreken over hun overgewicht en dit vaker aan te halen, zodat zij op termijn kunnen worden doorverwezen naar de juiste zorg (3).

Een ander onderzoek van Nivel over motiverende gespreksvoering toont aan dat huisartsen preventie een belangrijke taak vinden. Om ongezond leefstijlgedrag bespreekbaar te maken bij patiënten kunnen bepaalde gespreksvoeringstechnieken helpen, maar om deze te implementeren in de praktijk is er wel de nodige aandacht voor nodig. Nivel beveelt ook aan om huisartsen te trainen in de motiverende gespreksvoering. De huisarts die de leefstijl bespreekt kan een eerste stap zijn om de patiënt daarna door te verwijzen naar een praktijkondersteuner of diëtist, die dan aan systematische preventie kan doen (4).

Nivel voerde ook een studie uit naar laaggeletterdheid en gezondheid. Laaggeletterden of personen met lage gezondheidsvaardigheden hebben doorgaans een minder goede gezondheid. Deze kwetsbare groep wordt over de jaren alleen maar groter en mag niet uit het oog verloren worden. Laaggeletterden lijken ook vaak een minder gezonde leefstijl te hebben. Willen we de leefstijl bij laaggeletterden onder de aandacht brengen, moeten we op zoek naar effectieve manieren om hen te informeren (5).

Uit een Cochrane Review over het “Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults” kunnen echter geen harde conclusies getrokken worden over de evidentie van deze interventie. Hiervoor is er een grote nood aan goed ontworpen gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep om het effect van een leefstijlinterventie volgens het transtheoretisch model op gezondheidsuitkomsten te kunnen evalueren (6).

Ook Salmela et al. beschrijft dat er tot op heden nog onvoldoende studies zijn van voldoende kwaliteit om het effect van het model van de fasen van verandering te objectiveren ten opzichte van een gewoon consult over de leefstijl. Een probleem dat zij hiervoor aanhalen is dat een groot deel van de effectiviteit van zo een interventie afhangt van de manier waarop de zorgverlener opgeleid is en dat er nood is aan een tool om studies met twee verschillende opleidingen te vergelijken. Er moet dan ook nagekeken worden of de zorgverlener effectief zijn consultatiegedrag heeft veranderd (7).

In de masterproef van S. Boonen wordt beschreven dat de richtlijnen rond een gezonde leefstijl helder zijn, maar hoe deze het best toegepast worden in de praktijk minder eenvoudig is. Het beoordelen van het nut van een interventie is niet eenvoudig, toch wordt de interventie van “motiverende gespreksmethode” omschreven als veelbelovend (8).

Tijdsdruk is een belangrijk gegeven in de huisartsenpraktijk. De Breuck beschrijft dat het aanbevolen is een motiverende interventie te beperken tot enkele kernaspecten als je dit wilt integreren in de dagelijkse praktijk. Zo kan je beginnen met het aankaarten van het probleem en aan de hand van een motiverend gesprek de motivatiestatus van de patiënt bepalen. Het uitwerken van het gezondheidsrisico en het in kaart brengen van de comorbiditeiten gebeurt het best in een vervolgconsultatie (9).

De communicatiestrategie die het best gebruikt wordt voor het verkrijgen van een gedragsverandering is volgens Strobbe het model van Prochaska en DiClemente. De houding en de wil van de patiënt om zijn leefstijl te veranderen is veel belangrijker dan de informatie die wij hierover als huisarts willen geven. Om zo een gedragsverandering te verkrijgen is het vooral belangrijk na te gaan hoe de patiënt staat tegenover zo een verandering (10). Ook beschrijft hij dat er zeker nog onderzoek moet gebeuren bij meer sociaal kwetsbare personen.

In de masterproef “Motiverende gespreksvoering in de huisartsenpraktijk” beschrijft Lavigne de modellen die door Domus Medica geschikt worden bevonden voor implementatie in de huisartsenpraktijk om gezond gedrag te promoten. Zij ontwikkelde een stramien voor een “health behaviour change” consult aangepast aan een huisartsenconsultatie. Zo ontstond het “ABC-concept”: anamnese, begeleiding en continuïteit. De begeleiding wordt toegepast onder de vorm van een minimale interventie. Hierbij geldt het “transtheoretical model” van Prochaska en DiClemente als een theoretisch kader, de “motivational interviewing” van Miller en Rollnick als communicatievaardigheid (11).

Na het verdiepen in de literatuur en na een vergadering in de praktijk, werd besloten om voor dit praktijkverbeterend project een antwoord te zoeken op vijf onderzoeksvragen zoals beschreven onder de methoden. Deze gaan enerzijds over de mee te geven adviezen, anderzijds over de manier om een motiverend gesprek te voeren, over de tijd die hieraan besteed wordt en over het onthaal van het project bij de artsen en de patiënten.

2. Methode

Voor dit praktijkverbeterend project werd er gebruik gemaakt van de FOCUS-PDCA cyclus[1] voor de kwaliteitsverbetering. Eerst werd het probleem in kaart gebracht, namelijk waarom wordt er zo weinig een gezonde leefstijl gepromoot? Tijdens een vergadering werd er gebrainstormd en een visgraatanalyse gemaakt over de mogelijke struikelblokken in verband met het promoten van een gezondere leefstijl. Na het maken van deze probleemanalyse werden er een aantal prioriteiten opgesteld waaraan tijdens dit project aandacht zal worden besteed. Naar aanleiding hiervan werden volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl?
- Hebben de artsen het gevoel dat de e-learning en de patiënten info hen helpt om een motiverend gesprek te voeren?
- Welk advies kan je best mee geven afhankelijk van het motivatiestadium?
- Hoeveel tijd zullen deze gesprekken in beslag nemen?
- Hoe wordt deze interventie onthaald bij de zorgverleners en bij de patiënten?

De uitwerking van de FOCUS-PDCA cyclus vindt u in bijlage 1.

2.1. Literatuurstudie

Er werd gezocht naar reeds uitgevoerde masterproeven aan het ICHO door te zoeken in de databank volgens de termen: “motiverende gespreksvoering” en “gezonde leefstijl”. Op basis hiervan werden een aantal scripties gelezen en werd er naar de referenties gekeken of deze een antwoord konden geven op onderstaande vragen. Het lezen van deze masterproeven gaf ook een beeld over wat er al gebeurd was rond dit onderwerp en wat er nog kon onderzocht worden.

Ook de databank van het Nivel werd geraadpleegd. Via de zoektermen “motiverende gespreksvoering”, “communicatie” en “obsesitas” werden drie relevante artikels gevonden.

De Pubmed databank leverde een Cochrane review op uit 2014, deze werd gevonden aan de hand van de volgende drie Mesh-terms “Health Behavior”, “Models, Psychological” en “Weight loss”. Er werd gezocht volgens de clinical queries. Dit gaf drie systematische reviews, waarvan de Cochrane review werd weerhouden.

In de Tripdatabase werd gezocht op de zoektermen “Stage of change model”, “patient education”, “diet” and “primary care”. Dit leverde 39 systematische reviews op waarvan één relevant werd bevonden na het lezen van de titel en het abstract, aangezien dit artikel specifiek over het transtheoretisch model ging.

[1] Een acroniem waarbij elke letter staat voor een vraag waar een antwoord op geformuleerd moet worden om zo de cyclus te doorlopen. De letters staan respectievelijk voor: find a process to improve, organize a meeting, clarify the problem, understand the process, select the strategy, plan, do, check en act.

2.1.1. Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl?

Er werd gezocht naar patiëntenfolders en duidelijk verstaanbare informatie over een gezonde leefstijl, die eveneens wetenschappelijk onderbouwd was. Hiervoor werden op volgende twee websites informatie gezocht over een gezonde leefstijl: de website van het Vlaams Instituut voor Gezond Leven (VIGEZ) "www.gezondleven.be" onder de thema's "voeding" en "beweging en sedentair gedrag" en de website "www.thuisarts.nl" met patiënteninformatie van het Nederlands Huisartsen Genootschap onder de rubriek "gezonde leefstijl. Deze informatie werd gebundeld in een map en verspreid over de artsenlokalen.

2.1.2. Welke advies kunnen we het beste mee geven afhankelijk van het motivatiestadium?

Om een antwoord te formuleren op bovenstaande vraag is eerste instantie de richtlijn van Domus Medica geraadpleegd over "Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk". Ook de cursus die beschikbaar was na het doorlopen van de e-learning "Motiveren bij eet- en gewichtsproblemen" van het kenniscentrum Eetexpert VZW bracht zeer veel nuttige informatie op voor het ontwikkelen van een steekkaart. Deze steekkaart had als doel om snel tijdens de consulatie na te kijken welk advies er best gegeven wordt in welk motivatiestadium.

2.2. Project:

Dit prospectief project vond plaats in de periode van 7 november 2018 tot en met 11 januari 2019 in een wijkgezondheidscentrum. In bijlage 2 bevindt zich de goedkeuring van de ethische commissie voor dit project.

Als voorbereiding op de gesprekken namen de artsen de e-learning "Motiveren" van "Eetexpert VZW" door om hun kennis over motiverende gespreksvoering op hetzelfde niveau te brengen, om zo de gesprekken te aligneren. Tijdens een vergadering voor de start van het project werden de artsen gebriefd over het verloop van de gesprekken en de vragenlijsten die ingevuld moesten worden. In de kabinetten lag een map met een steekkaart die een overzicht gaf van de verschillende motivatiestadia en de opgezochte patiënten informatie.

In deze periode werden twee verschillende pop-ups geïnstalleerd in het medisch programma bij alle patiënten tussen de 18 en 80 jaar. Als hun BMI hoger was dan 25 kg/m² verscheen de pop-up: "bespreek leefstijl", indien het BMI nog niet gekend was verscheen de pop-up: "bepaal BMI". Alle patiënten die kwamen met een klacht die veroorzaakt kon worden door hun overgewicht en waarbij de pop-up verscheen "bespreek leefstijl", werden aangesproken op het feit of ze er al eens over nagedacht hadden dat hun klacht hier een gevolg van kon zijn. Indien dit het geval was, werd hen kort het praktijk project toegelicht, werd hen gevraagd of ze hieraan wensten deel te nemen en werd de geïnformeerde toestemming hen aangeboden. De arts voerde dan een motiverend gesprek om hun motivatiestatus te bepalen. Afhankelijk daarvan werd er advies verstrekt over een gezonde leefstijl of een opvolgconsultatie gepland. Na de consultatie werd een vragenlijst ingevuld door de patiënt, om te peilen naar hun ervaring rond dit gesprek en over het aangeboden materiaal. Bij de arts om te kijken in welk

motivatiestadium de patiënt zich bevond, hoe de communicatie verliep en hoe lang deze gesprekken duurden.

Enkele weken na afloop van het project werden de patiënten telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze nu hun leefstijl hadden aangepast en of ze nu gezonder zijn gaan eten en meer zijn gaan bewegen.

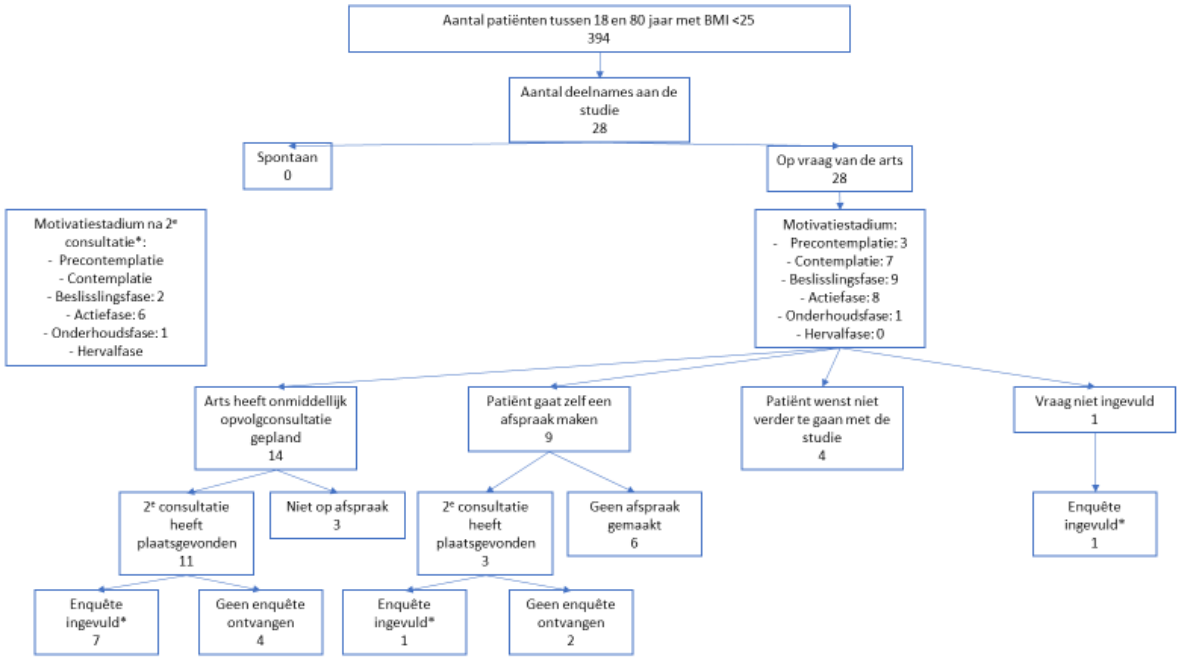
Begin januari werd er ook een interview afgenomen bij de artsen waarbij het project geëvalueerd werd. Er werd nagegaan wat goed was, welke struikelblokken er nog zijn en of het project nog eens herhaald wordt.

Het doel van dit praktijkverbeterend project is om de artsen vertrouwd te maken met de motiverende gespreksvoering, om zo een gezonde leefstijl te kunnen promoten. Patiënten tussen de 18 jaar en 80 jaar met een BMI van meer dan 25 kg/m² kwamen in aanmerking voor een gesprek rond hun leefstijl indien zij zich aanboden op consultatie met klachten die een verband konden hebben met hun overgewicht.

3. Tabellen en figuren

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie	Tips
Voorbeschouwende fase/ Precontemplatie	Helemaal geen verandering overwegen. Mechanisme: - Ontkenning en minimalisering - Rationalisering - Intellectualisering - Projectie	Patiënt gaat zijn gedrag de komende 6 maanden niet veranderen.	Persoonlijke info geven om de patiënt bewuster te maken van het probleem.	Rol: zorgende ouder - Patiënt meer bewust maken van het probleem door het geven van info en feedback - Geef geen advies - Vergroot de risicoperceptie door voor twijfel te zorgen - Interventie is afhankelijk van type precontemplatie: onwetendheid of bewust verzet. - Reflectief luisteren, open vragen stellen, samenwerkingsverband
Beschouwende fase/Contemplatie/ Overpeinzing	Patiënt erkent probleem, maar ambivalent t.o.v. verandering. Ziet de voor- en nadelen van gedragsverandering.	Patiënt wil wel veranderen, ergens binnen dit en 6 maanden.	Bespreek voor- en nadelen van verandering. Verhoog zelfvertrouwen.	Rol: socratische leraar: aanmoedigen en inzicht doen krijgen - Geef de patiënt zicht op zijn ambivalentie: geef dubbele reflecties. - Bespreek de voor- en nadelen van gedragsverandering, laat overhellen naar de voordelen. Hetzelfde met gedragsbehoud, maar laat overhellen naar de nadelen. - Versterk het vertrouwen in de verandering: eerdere pogingen zijn successen. - Aan welke opties denkt de patiënt om te veranderen? Geef eventueel extra opties - Ontlok uitspraken over verandering.
Beslissingsfase/ Preparatie	De patiënt wil het probleem aanpakken en bedenkt hiervoor een plan. Ambivalentie is nog aanwezig	Patiënt maakt zich klaar voor verandering de komende maand.	Stel een plan op met concrete doelen. Ondersteun kleine veranderingen.	Rol: coach. - Probeer te achterhalen hoe sterk gemotiveerd de patiënt is. - Zijn er nog hindernissen? Welke oplossingen zijn er hiervoor? - Werk aan copingvaardigheden - Versterk de patiënts inzet.
Actiefase	Patiënt pakt duidelijk het probleem aan. Er wordt veel energie gestoken in gedragsveranderingen en deze zijn ook duidelijk waarneembaar.	De patiënt heeft een plan.	Geef voedingsadvies. Stuur eventueel door voor gedragsverandering. Biedt zelfhulpmateriaal aan.	Rol: consultant bij problemen - Supporter en ondersteun de patiënt in zijn veranderingen. - Bevestig de successen en zijn inzet.
Onderhoudsfase/ Consolidatie	Na 6 maanden actiefase. Probeert van de gedragsverandering een permante verandering te maken. Er is een verandering in het eetgedrag	De patiënt heeft een plan.	Leer de patiënt probleemoplossend gedrag aan, om om te gaan met moeilijke situaties.	Rol: consultant bij problemen - Wat zijn mogelijke valkuilen en hoe kunnen we een herval voorkomen? - Overloop het actieplan.
Hervalfase	Gebeurt vaak. De patiënt heeft wel geleerd uit de vorige ervaring en kan deze mee nemen bij een nieuwe poging.	Om een stabiele verandering te bekomen, doorloopt de patiënt gemiddeld 6 keer de fasen van verandering.	Ondersteun het zelfvertrouwen en pluis uit wat gezorgd heeft voor het herval.	- Reageer empatisch - Wat heeft deze crisis veroorzaakt en onderhouden? - Welke elementen hebben vroeger geholpen? - Bevestig dat een terugval normaal is, zo verliest de patiënt zijn zelfvertrouwen niet.

Figuur 1 Steekkaart advies per motivatiestadium



Figuur 2 Stroomdiagram deelnemers a.d.h.v. enquêtes artsen

Geslacht	Gemiddelde leeftijd	Gemiddelde BMI	Gemiddelde bloeddruk	Gemiddelde buikomtrek
11 mannen	53 jaar	32,2 kg/m²	135/87 mmHg	108,5 cm
17 vrouwen	52 jaar	31,1 kg/m²	128/78 mmHg	107 cm

Tabel 1 Basiskenmerken populatie (totaal aantal patiënten = 28)

Kenmerk		Aantal artsen
Geslacht	Man	2
	Vrouw	3
Leeftijd	21-25	1
	26-30	1
	31-35	
	36-40	1
	41-45	1
	46-50	
	51-55	
	56-60	1
Aantal jaren werkzaam als huisarts	1-5	2
	6-10	
	11-15	1
	16-20	1
	21-25	
	26-30	
	31-35	1

Tabel 2 Kenmerken onderzoeksgroep (totaal aantal artsen = 5)

Hoogste diploma (n=24)	Geen diploma 1	Lager onderwijs 1	Beroeps secundair onderwijs 3	Technisch onderwijs 2	Algemeen secundair onderwijs 7	Hoger onderwijs 8	Universitair onderwijs 2			
Moedertaal (n=24)	Arabisch 2	Frans 2	Marokkaans 1	Nederlands 16	Nepalees 1	Slovaaks 1	Turks 1			
Hoe heb je gehoord van dit project (n=24)	Via affiche in de wachtzaal 0	Via de dokter 23	Via andere zorgverleners in de praktijk 0	Andere: 1						
Mag de dokter een gesprek beginnen over je leefstijl? (n=24)	Ja 23	Nee 0	Geen mening 1							
Ben je bereid nu iets te veranderen aan je leefstijl? (n=24)	Ja, ik ga er direct aan beginnen 13	Ik wil wel, maar weet nog niet goed hoe ik dit moet doen 11	Nee, omdat… 0							
Vind je dat je gezond eet? (n=20)	Ja 6	Nee 7	Geen mening 7							
Indien ja, waarom eet je gezond? (n=11)	Mijn gezondheid 7	Mijn uiterlijk 3	De steun van mijn partner, familie, vrienden… 1							
Indien je nog niet gezond genoeg eet, wat zou je dan kunnen helpen om dit wel te doen? (n=16)	Meer interesse in gezonde voeding 6	Meer discipline 11	Meer tijd 6	Meer steun van partner, familie, vrienden… 3	Het hebben van een betere gezondheid 4	Externe factoren: als het minder duur zou zijn 1	Andere:… 0			
Zijn er redenen die je tegen houden gezonder te eten? (n=16)	Geen interesse 0	Geen discipline 12	Geen tijd 4	Geen steun van partner, familie, vrienden… 2	Te zwakke gezondheid 0	Externe factoren: te duur 2	Andere… 2			
Wat zorgt er op dit moment	Het is goed voor mijn gezondheid	Het is goed voor mijn figuur 5	Het zorgt voor ontspanning 4	De steun van partner, familie, vrienden…	De personen die samen met mij bewegen	Het geeft me meer energie 5	Andere… 3			

voor dat je beweegt? (n=17)	11			3	2					
Wat zou je kunnen helpen om meer te bewegen? (n=20)	Het is goed voor mijn gezondheid 9	Het is goed voor mijn figuur 7	Meer discipline 8	Meer tijd 6	Meer steun van partner, familie, vrienden… 1	Iemand om mee te bewegen 6	Een betere gezondheid 5	De energie die ik ervan krijg 5	Externe factoren: goedkopere sportfaciliteiten, meer sportmogelijkheden in de omgeving,… 2	Andere: 1 (Reden: kindje naar kribbe)

Tabel 3 Vragenlijst patiënt na eerste consultatie

Had de patiënt zich zelf opgegeven of heb jij hem aangesproken? (n=28)	De patiënt heeft zichzelf opgegeven 0	Ik heb de patiënt erover aangesproken 28				
Welke taal sprak je met de patiënt? (n=28)	Nederlands 22	Frans 3	Engels 1	Gebrekkig Nederlands 2	Andere:… 0	
Bezit de patiënt voldoende kennis van het Nederlands om de informatie te verwerken? (n=28)	Ja, zeker en vast 20	Ik denk het wel 6	Ik denk het wel (in het Frans) 1	Nee, taal was echt een barrière tijdens deze consultatie 1		
Staat de patiënt open voor een gedragsverandering? In welk motivatiestadium bevond hij zich? (n=28)	Voorbeschouwende fase/precontemplatie 3	Beschouwende fase/contemplatie 7	Beslissingsfase 9	Actiefase 8	Onderhoudsfase 1	Hervalfase 0
Werd er reeds een opvolgconsultatie afgesproken? (n=28)	Ja, we hebben er onmiddellijk een gepland 14	Ja, de patiënt gaat zelf een afspraak maken 9	Nee, voorlopig wenst de patiënt niet verder te gaan met de studie. Reden… 4	Niet van toepassing 1		
Indien de patiënt niet wil deelnemen aan de studie, waarom? (n=4)	Niet gemotiveerd 1	Taalbarrière 0	Financieel 0	Andere: … 3		
Hoeveel tijd nam de motiverende gespreksvoering binnen de eerste consultatie in beslag? (n=28)	Enkele minuten, de patiënt kwam met een andere hoofdklacht 17	Een kwartier, de patiënt kwam enkel voor het bespreken van zijn leefstijl. 2	Duidelijk langer dan de duur van een consultatie: >15 min. 7	Andere: … 2		

Tabel 4 Vragenlijst artsen na eerste consultatie

Kreeg je nuttige tips tijdens de consultatie? (n=7)	Ja 7	Nee 0	Geen mening 0							
Ben je bereid nu iets te veranderen aan je leefstijl? (n=7)	Ja, ik ga er direct aan beginnen 7	Ik wil wel, maar weet nog niet goed hoe ik dit moet doen 0	Nee, omdat… 0							
Denk je voldoende gezond te eten? (n=7)	Ja 3	Nee 3	Geen mening 1							
Indien ja, waarom eet je gezond? (n=3)	Mijn gezondheid 3	Mijn uiterlijk 0	De steun van mijn partner, familie, vrienden… 0							
Indien je nog niet gezond genoeg eet, wat zou je dan kunnen helpen om dit wel te doen? (n=5)	Meer interesse in gezonde voeding 1	Meer discipline 3	Meer tijd 0	Meer steun van partner, familie, vrienden… 3	Het hebben van een betere gezondheid 2	Externe factoren: als het minder duur zou zijn 0	Andere:… 1 (te weinig info)			
Zijn er redenen die je tegenhouden gezonder te eten? (n=6)	Geen interesse 2	Geen discipline 3	Geen tijd 2	Geen steun van partner, familie, vrienden… 3	Te zwakke gezondheid 0	Externe factoren: te duur 0	Andere:… 0			
Ben je bereid om gezonder te gaan eten? (n=7)	Ja 7	Nee 0	Geen mening 0							
Denk je voldoende te bewegen? (n=7)	Ja 3	Nee 4	Geen mening 0							
Wat zorgt er op dit moment	Het is goed voor mijn gezondheid	Het is goed voor mijn figuur	Het zorgt voor ontspanning 1	De steun van partner,	De personen die samen met mij bewegen	Het geeft me meer energie 0	Andere:… 0			

voor dat je beweegt? (n=4)	4	0		familie, vrienden… 0	0					
Wat zou je kunnen helpen om meer te bewegen? (n=7)	Het is goed voor mijn gezondheid 5	Het is goed voor mijn figuur 2	Meer discipline 2	Meer tijd 1	Meer steun van partner, familie, vrienden … 1	Iemand om mee te bewegen 1	Een betere gezondheid 1	De energie die ik ervan krijg 1	Externe factoren: goedkopere sportfaciliteiten, meer sportmogelijkheden in de omgeving… 1	Andere: … 0
Ben je bereid meer te gaan bewegen? (n=7)	Ja 7	Nee 0	Geen mening 0							

Tabel 5 Vragenlijst patiënt na tweede consultatie

Staat de patiënt open voor een gedragsverandering? In welk motivatiestadium bevond hij zich? (n=9)	Voorbeschouwende fase/precontemplatie 0	Beschouwende fase/contemplatie 0	Beslissingsfase 2	Actiefase 6	Onderhoudsfase 1	Hervalfase 0
Hoeveel tijd nam de motiverende gespreksvoering binnen deze consultatie in beslag? (n=9)	Enkele mintuten, de patiënt kwam enkel met een andere hoofdklacht. 2	Een kwartier, de patiënt kwam enkel voor het bespreken van zijn leefstijl 4	Duidelijk langer dan de duur van een consultatie: >15 min 3			

Tabel 6 Vragenlijst artsen na tweede consultatie

Heb je effectief iets veranderd in je gedrag? (n=7)	Ja 5	Nee 2
Eet je nu gezonder? (n=7)	Ja 7	Nee 0
Beweeg je nu meer? (n=7)	Ja 5	Nee 2
Ga je deze aanpassingen verder zetten? (n=7)	Ja 7	Nee 0
Was het aangeboden materiaal verstaanbaar? (n=7)	Ja 7	Nee 0
Was de begeleiding zinvol? (n=7)	Ja 7	Nee 0

Tabel 7 Vragenlijst patiënt enkele weken na advies

4. Resultaten

4.1. Literatuurstudie

4.1.1. Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl?

Na het doorzoeken van de website van het Vlaams Instituut voor Gezond Leven werd er besloten te werken met de folders over de nieuwe voedingsdriehoek (12) en bewegingsdriehoek (13). Deze volgen de meest recente aanbevelingen rond een gezonde leefstijl op vlak van voeding en beweging. Deze folders kregen de patiënten mee na afloop van de consultatie. Verder was er tijdens de consulatie nog een map aanwezig met informatie, die de arts kon overlopen met de patiënt. Deze bestond uit een informatieve illustratie “Kleine aanpassingen met groot effect” (14) waarbij aan de hand van pictogrammen een gezonder alternatief werd voorgesteld voor bepaalde voedingswaren. De informatieve illustratie “Gezonde maaltijd” (15) geeft op een grafische manier weer hoe je een gezonde maaltijd samen stelt, welke opties je hebt en welke verhoudingen je het best gebruikt. “Tips om een gezond weekmenu op te stellen” (16) en “Gezond leven tips bij de voedingsdriehoek” (17) werden ook in de map opgenomen. Een tabel met een uitgebreid overzicht van voedingsmiddelen en in welke categorie ze thuis horen, is een houvast als de patiënt een vraag heeft over hoe gezond een bepaald voedingsmiddel is (18). De informatieve illustratie “Vervangboodschappen voor beweging” (19) toont op een visuele manier hoe je op eenvoudige wijze meer beweging kunt implementeren in het dagelijkse leven. Tot slot werd ook de patiëntenrichtlijn “Ik wil gezond eten” (20) opgenomen.

4.1.2. Welke advies kunnen we het beste mee geven afhankelijk van het motivatiestadium?

Om een gedragsverandering te verkrijgen zijn er verschillende modellen. Een veel gebruikt model, eveneens verwerkt in de richtlijn van Domus Medica is het model van Prochaska & DiClemente. Hierin wordt de motivatie in aflijnbare stadia ingedeeld. Dit helpt de zorgverlener om de motivatiegraad van zijn patiënt in te schatten en helpt om zo advies te geven waar de patiënt op dat moment nood aan heeft (22).

Een samenvatting van de bevindingen wordt weergegeven in Figuur 1 *Steekkaart advies per motivatiestadium.*

4.2. Project

4.2.1. Resultaten enquêtes

Bij de start van het project waren er in de leeftijdscategorie tussen 18 en 80 jaar 394 patiënten met een BMI van meer dan 25 kg/m², bij 686 patiënten was de BMI niet gekend. Zie Figuur 2 *Stroomdiagram deelnemers a.d.h.v. enquêtes artsen* voor het verloop van de deelnemers. Op het einde van het project

waren er 48 nieuwe patiënten in de leeftijdscategorie tussen 18 en 80 jaar. Bij 92 personen is in de loop van het project hun BMI bepaald.

Uiteindelijk namen 28 patiënten deel aan het project, waarvan 11 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 53 jaar en een gemiddeld BMI van 32,2 kg/m² en 17 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 52 jaar en een gemiddeld BMI van 31,1 kg/m². Zie Tabel 1 *kenmerken populatie voor hun biometrische kenmerken*.

De gesprekken werden uitgevoerd door vijf artsen, waaronder drie vaste artsen en twee HAIO's. Hun leeftijd was tussen 23 en 57 jaar en ze hadden tussen de één en 31 jaar ervaring als huisarts. Zie Tabel 2 *Kenmerken onderzoeksgroep (totaal* aantal *artsen = 5)*.

Van de 28 patiënten hebben er vier de vragenlijst niet ingevuld. Drie patiënten bevonden zich in de precontemplatiefase, de andere patiënt ging de vragenlijst thuis invullen omwille van tijdgebrek, maar heeft deze niet terug gebracht. De vragenlijst voor patiënten na de eerste consultatie werd ingevuld door 24 personen, zie Tabel 3 *Vragenlijst patiënt na eerste consultatie* voor de resultaten van deze enquête. Over het algemeen werd deze interventie goed onthaald door de patiënten. 10 van de 24 patiënten hadden een diploma hoger dan het algemeen secundair onderwijs. 16 van de 24 patiënten spraken Nederlands als moedertaal. Bijna alle patiënten hadden gehoord van dit project omdat de dokter hen hier over aansprak, slechts één patiënt had van het project gehoord via een kennis. 23 van de 24 patiënten gaven wel aan dat de dokter een gesprek mag beginnen over hun leefstijl, één patiënt had hierover geen mening. 13 van de 24 patiënten wilden direct iets aan hun leefstijl veranderen, 11 patiënten gaven aan dat ze dit wel wilden, maar nog niet goed wisten hoe ze dit moeten doen. De vragen over gezond eten en bewegen werden ingevuld door 20 patiënten, de andere 4 patiënten waren bij de eerste consultatie direct gemotiveerd en kregen al meteen het gezondheidsadvies, voor hen werden de vragen die zowel in de eerste als in de tweede enquête gesteld werden geschrapt. Op de vraag of ze gezond eten antwoorden zes van de 20 patiënten ja, zeven nee en zeven hebben hierover geen mening. Redenen die ze aangeven om gezond te eten, is vooral hun gezondheid (7/11). Wat volgens hen vooral zou kunnen helpen om gezonder te eten is het hebben van meer discipline (11/16), meer tijd (6/11) en meer interesse in gezonde voeding (6/11). De voornaamste reden die hen tegen houdt is vooral het gebrek aan discipline (12/16). Als de patiënt al iets van lichaamsbeweging doet, is dit in 11 van de 17 gevallen omdat dit goed is voor zijn gezondheid. De drie voornaamste redenen die hen zouden kunnen helpen om meer te bewegen zijn het feit dat het goed is voor hun gezondheid (9/20), meer discipline hebben (8/20) en het feit dat het goed is voor hun figuur (7/20).

De vragenlijst van de artsen na de eerste consultatie werd ingevuld voor de 28 deelnemers. Zie hiervoor Tabel 4 *Vragenlijst artsen na eerste consultatie*. Het was altijd de arts die de patiënt had aangesproken over zijn leefstijl. 22 consultaties gebeurden in het Nederlands, 3 in het Frans, 2 in het gebrekkig Nederlands en 1 in het Engels. Bij 20 patiënten had de arts het gevoel dat zij zeker over voldoende kennis beschikten van het Nederlands, bij 6 patiënten dacht de arts dit, bij een andere patiënt gebeurde de consultatie in het Frans en dacht de arts dat de patiënt meende voldoende de taal te beheersen en tijdens één consultatie was de taal echt een barrière. Van de 28 patiënten bevonden zich er 3 in de voorbeschouwende fase, 7 in de beschouwende fase, 9 in de beslissingsfase, 8 in de actiefase en 1 in de onderhoudsfase. In de helft van de gevallen plande de arts zelf een nieuwe afspraak in, 11 van deze 14 patiënten kwamen terug op hun vervolgafspraak. Van de 9 patiënten die zelf een afspraak zouden maken, hebben er slechts 3 een afspraak gemaakt. 4 patiënten gaven aan niet verder te willen gaan met de studie. Eén van hen was niet gemotiveerd, de 3 anderen wensten te stoppen omwille van andere redenen: andere prioriteiten of de feestdagen die voor de deur stonden. In 17 van de 28 consultaties gaven de zorgverleners aan dat de motiverende gespreksvoering slechts enkele minuten tijd in beslag nam, de patiënt kwam dan met een andere hoofdklacht op consultatie. Bij twee patiënten duurde de motiverende gespreksvoering een kwartier, bij zeven patiënten was de duur van een consultatie duidelijk langer dan een kwartier. Bij twee patiënten duurde de motiverende

gespreksvoering zelf tien en vijftien minuten, maar zij kwamen ook nog met een andere klacht, waardoor de totale duur van de consultatie wel uitliep.

Zeven patiënten hebben de vragenlijst ingevuld na een vervolgconsultatie. Zie Tabel 5 *Vragenlijst patiënt na tweede consultatie*. Alle zeven vonden ze dat ze nuttige tips aangereikt kregen tijdens de consultatie en willen direct iets veranderen aan hun leefstijl. Drie van de zeven patiënten denken voldoende gezond te eten, de reden hiervoor is de zorg voor hun gezondheid. Wat hen zou kunnen helpen om gezonder te eten is voornamelijk meer steun van hun partner, familie of vrienden (3/5) en het hebben van meer discipline (3/5). De voornaamste redenen die hen tegen houden om gezonder te gaan eten zijn het gebrek aan steun van de partner, familie en vrienden (3/6) en het gebrek aan discipline (3/6). Ze geven wel allemaal aan dat ze nu bereid zijn om gezonder te gaan eten. Drie van de zeven patiënten zijn van mening dat ze voldoende bewegen, vier van hen geven aan onvoldoende te bewegen. De motivatie om te bewegen hierbij is hun gezondheid en dit aspect is eveneens de motivator om meer te bewegen (4/4). Alle zeven zijn de patiënten nu bereid om meer te gaan bewegen.

Tabel 6 *Vragenlijst artsen na tweede consultatie* toont de motivatiestadia van de patiënten. Van de 9 deelnemers waarvan de enquête is ingevuld zijn er drie met een progressie in motivatiestadium. Eén persoon ging van de beslissingsfase naar de actiefase, één persoon van de beschouwende fase naar de actiefase en de derde persoon ging van de beschouwende fase naar de beslissingsfase. Vijf van deze negen personen waren bij het aanspreken over hun leefstijl direct gemotiveerd om hier iets aan te veranderen en bleven in hun actiefase of onderhoudsfase. De tijd die gespendeerd werd aan de motiverende gespreksvoering was in twee van de negen gevallen beperkt tot enkele minuten, in vier van de negen gevallen is de leefstijl van de patiënt besproken binnen het beschikbare kwartier, maar in drie van de negen gevallen duurde de consultatieduur duidelijk langer dan 15 minuten.

Bij de bevraging na afloop van het project van de zeven patiënten die ook de tweede vragenlijst hadden ingevuld, gaven vijf van de zeven patiënten aan hun gedrag te hebben veranderd. Zie hiervoor Tabel 7 *Vragenlijst patiënt enkele weken na advies.* De twee patiënten die aangaven nog niets te hebben veranderd, proberen wel gezonder te eten, maar vinden het antwoord wat tussen ja en nee liggen. Iedereen eet gezonder, vijf van hen bewegen nu ook meer dan ervoor. Allemaal gaan ze deze veranderingen proberen verder te zetten en vonden ze het aangeboden materiaal verstaanbaar. Ze vonden het allen ook een zinvolle begeleiding, hun reacties waren positief. Sommigen waren al enkele kilo's afgevallen, letten nu meer op hun eten, voelen zich fitter of hebben zich ingeschreven in een sportcursus.

4.2.2. Resultaten interview artsen

In een interview na afloop van het project werd bij de artsen gepeild naar hoe ze dit project hebben ervaren en of de e-learning en de patiënten informatie hen heeft geholpen bij het voeren van een motiverend gesprek. Zie bijlage 3 voor het volledige interview.

Het project werd goed onthaald door de artsen. Zoals arts 2 aangeeft: "Mensen zijn vaak meer gemotiveerd dan we denken, maar er is toch wel die ambivalentie." Sommige patiënten lijken wel gemotiveerd, maar komen dan soms toch niet terug, wat een gevolg zou kunnen zijn van het feit dat ze antwoorden op een manier waarvan ze denken dat die sociaal wenselijk is.

Het project heeft toch vooral de Nederlandstalige middenklasser bereikt, wat geen representatief beeld is van de patiëntenpopulatie uit deze praktijk. Arts 1 zegt hierover het volgende: "Het is een goed project, maar we moeten er nog wat aan sleutelen zodat het voor iedereen toegankelijk wordt."

Wat een grote barrière was om anderstaligen hierbij te betrekken was de noodzaak tot het invullen van de geïnformeerde toestemming. De informatie zelf onder de vorm van pictogrammen was wel handig.

De artsen gaven ook aan dat ze reeds ervaring hadden met motiverende gespreksvoering. De e-learning over motiveren was een goede inleiding van het project en een goede opfrissing van de motiverende gespreksvoering, al ging de e-learning zelf nog veel over eetstoornissen. Het echt motiveren van patiënten voor gezonde voeding was vaak niet nodig, het bezig zijn met gezonde voeding leeft wel.

Het project liep slechts over een periode van twee maanden, wat te kort is om mensen echt te zien evolueren binnen de fases van verandering. Maar de interventies zijn daarom niet zinloos geweest, zoals arts 3 aangeeft: “Als je dit vergelijkt met andere gedragsveranderingen zoals rookstop en afbouw van benzodiazepines dan weet je wel dat als je een paar keer die boodschap geeft, dat het soms toch wel kan binnen druppelen. Ook al is er niet direct een verandering waarneembaar, maakt dit het project daarom niet zinloos.”

De aangeboden patiënten informatie werd als nuttig en bruikbaar ervaren, maar toch is er nog een nood aan een meer gepersonaliseerde brochure met meer concrete tips. Arts 5 zegt hierover: “Want je geeft veel informatie tijdens een consultatie, maar de patiënt vergeet daar weer veel van.”
Informatie meer gericht op bepaalde populaties met specifieke eetgewoontes zou ook nuttig zijn, om zo meer onze kwetsbare populatie te bereiken.

Het project zou in de toekomst ook nog herhaald worden, over een periode, beperkt in tijd, waar dan weer gefocust wordt op het promoten van een gezonde leefstijl aan de hand van een pop-up die verschijnt in het medisch dossier. De pop-ups motiveren wel om ze te vervullen, zodanig dat ze weer verdwijnen. Het voorstel is om bijvoorbeeld één maand per jaar ons te focussen op het bepalen van de BMI’s en één maand per jaar in te plannen voor het meer actief bezig zijn met het promoten van een gezonde leefstijl.

De steekkaart zal vooral zijn nut bewijzen als we het project in de toekomst nog eens herhalen om zo snel onze kennis terug op te frissen.

De artsen zijn ook van mening dat het wel de taak is van de huisarts om aan preventieve geneeskunde te doen. Zoals arts 1 aangeeft: “Gezondheidspromotie is ook belangrijk om daar af en toe aandacht aan te besteden.”

5. Discussie

Aan de hand van de folders en informatieve illustraties van het VIGEZ werd informatie verstrekt rond een gezonde leefstijl aan de patiënten. Het advies van de zorgverleners was afhankelijk van het motivatiestadium van de patiënt. Een steekkaart met welk advies het beste bij welk motivatiestadium ging, was voor handen. De e-learning over motiveren was een goede inleiding op het project en goed als opfrissing van de motiverende gespreksvoering, maar was iets te veel gericht op eetstoornissen. De informatie onder de vorm van pictogrammen werd als nuttig ervaren. Er is wel nog een nood aan meer gespecialiseerde informatie over gezonde voeding bij andere culturen en een folder met praktische tips om mee te geven over hoe de patiënt thuis een gezonde leefstijl kan implementeren. In meer dan de helft van de gevallen duurde de motiverende gespreksvoering tijdens een eerste consultatie slechts enkele minuten, deze patiënten kwamen op consultatie met een andere hoofdklacht. Bij negen van de 28 patiënten liep de consultatie uit. Deze interventie werd zowel bij de

patiënten als bij de artsen positief onthaald. Op een patiënt na, die over deze stelling geen mening had, gaven alle andere patiënten aan dat de arts een gesprek mag beginnen over hun leefstijl. De artsen vonden het een goed project en waren positief verbaasd over de bereidwilligheid van de patiënten om te streven naar een gezondere leefstijl en vinden dit ook hun taak om een gezonde leefstijl te promoten, omdat dit past binnen de preventieve geneeskunde. De pop-ups in het medisch programma waren een motivator voor de artsen om een meer intensief gesprek rond de leefstijl te beginnen. Het waren ook telkens de artsen die een gesprek over een gezondere leefstijl moesten aanknopen.

Het uitwerken van dit project was een meerwaarde voor de dagdagelijkse praktijkvoering. Een verdieping in de werking van het medisch programma was hiervoor aangewezen. Zo werd de gewenste doelgroep uit de patiëntenpopulatie gefilterd en hieraan een pop-up gekoppeld, waarna dan over kon gegaan worden op een motiverend gesprek over de leefstijl van de patiënt. Nu er meer kennis is vergaard over de werking van het medisch programma, nodigt dit uit om in de toekomst nog meer praktijkverbeterende projecten uit te voeren over andere onderwerpen.

Voor de praktijk was dit project een verrijking omdat er nu goed toegankelijke informatie beschikbaar is over gezonde voeding. Door het opfrissen van de motiverende gesprekstechnieken is de drempel bij de artsen lager om over een gezonde leefstijl te beginnen. Ze waren verrast om te zien hoeveel mensen hiervoor openstaan, ook al bieden ze zich met een andere aanmeldingsklacht aan. Ook het noteren van het gewicht en de lengte in het medisch dossier is verbeterd.

De artsen wisten goed wat de verwachtingen waren van hen en de informatie gebundeld in het mapje en op de pc werd als erg handig bevonden.

Bij herhaling van het project is er nog ruimte voor verbetering. Zoals omschreven in de literatuur is het moeilijk om de effectiviteit van de interventie te objectiveren. Er werden richtlijnen gegeven over het verloop van de gesprekken, maar er was geen strikte leidraad voor handen, wat ook bij dit project zorgt voor een afwezigheid van standaardisatie van de gesprekken. Ook was de interventie beperkt in tijd en ging het maar over een kleine interventiegroep. De noodzaak tot het invullen van de geïnformeerde toestemming en de vragenlijst was een drempel voor de artsen om anderstalige patiënten te includeren in de studie, zo is er een groot deel van de doelgroep gemist. Een kwalitatieve bevraging geeft een indicatie over de duur van het gesprek. De moeilijkheid van een kwantitatieve beoordeling van deze vraag bevindt zich in het afbakenen van de initiële aanmeldingsklacht en de overgang naar het motiverend gesprek over de leefstijl.

Met het project wordt verder gegaan in de toekomst. Vanuit de werkgroep preventie zal één maal per jaar gedurende enkele weken gefocust worden op het bepalen van de BMI's en een paar maand later wordt er enkele weken gefocust op het aanspreken van personen die baat hebben bij een motiverend gesprek rond hun leefstijl. Dan worden de pop-ups weer geïmplementeerd voor een beperkte periode. De periode wordt beperkt om gewenning tegen te gaan. Indien de pop-ups blijven verschijnen, wordt er vaak geen gevolg meer aan gegeven.

Patiënten aanspreken over een bepaald onderwerp, ook al gaat dit verder dan hun initiële aanmeldingsklacht, moet meer gebeuren. Dit kan gaan over uiteenlopende gezondheid bevorderende onderwerpen zoals slapen, rookstop, bewegen… Want dit project leerde de praktijk dat dit loont en dat de patiënten daar positief tegenover staan.

Om nog meer aansluiting te vinden bij de kwetsbare en allochtone populatie, moet nog extra informatie opgezocht worden over eetgewoontes binnen de verschillende culturen.

6. Conclusie

Dit praktijkverbeterend project was een start voor de praktijk in het promoten van een gezonde leefstijl. Motiverende gesprekken vonden plaats bij patiënten die daar baat bij hadden. De artsen werden ondersteund met informatie over een gezonde leefstijl van het VIGEZ en een steekkaart met de verschillende motivatiestadia en de bijpassende adviezen. Bij de start van het project namen zij ook een e-learning over motiveren door. Deze interventie werd goed onthaald bij de artsen en de patiënten. In meer dan de helft van de gevallen duurde de motiverende gespreksvoering tijdens een eerste consultatie slechts enkele minuten, aangezien de patiënt zich aanmeldde met een andere hoofdklacht. Ongeveer een derde van de consultaties liep hierdoor uit. In de toekomst is er nog een nood aan meer informatie rond gezonde eetgewoontes in andere culturen en een folder om mee te geven aan de patiënt met praktische tips over hoe hij deze leefstijl thuis kan implementeren.

7. Bibliografie

1. Onze regio in cijfers – Verbonden in ZOHrg [Internet]. [cited 2018 Sep 12]. Available from: http://www.chroniccaretienenlanden.be/cijfers/

2. Gisle L, Demarest S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Alcoholgebruik [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 12];144. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/gedeelde documenten/ns_nl_2013.pdf

3. Kloek CJJ, Tol J, Veenhof C, van der Wulp I, Swinkels ICS. Huisartsenzorg bij overgewicht en obesitas. Huisarts Wet [Internet]. 2015;58(2):66–9. Available from: https://link-1springer-1com-1000290yz1031.stcproxy.han.nl/content/pdf/10.1007%2Fs12445-015-0040-6.pdf

4. Van Dulmen S, Noordman J. Huisartsenzorg in cijfers : Motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen. Huisarts Wet. 2013;56(1):43.

5. van der Heide I, Rademakers J. Laaggeletterdheid en Gezondheid. Stand van zaken. 2015.

6. Mastellos N, Gunn L, Felix L, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. Cochrane Libr [Internet]. 2014;(2):1–90. Available from: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Mastellos_et_al-2014-Cochrane_Database_of_Systematic_Reviews.pdf

7. Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Vanhala M. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: A review of the evidence in diabetes. Health Educ Res. 2009;24(2):237–52.

8. Boonen S. “Actieve voedings- en bewegingsbegeleiding van patiënten met hypercholesterolemie. Lukt het mensen te motiveren tot een gezondere levensstijl en wat zijn de effecten op het cholesterolgehalte?” 2014.

9. De Breuck E. Invloed van een minimale interventie op de motivatie tot levensstijlveranderingen bij volwassen patiënten met obesitas.

10. Strobbe T. Motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl bij personen met een matig of hoog cardiovasculair risico : zinvol of tijdverdrijf ?

11. Lavigne T. Motiverende gespreksvoering in de huisartspraktijk. De invloed van een e-learning “motiverende gespreksvoering” voor huisartsen op gesprekstechnieken bij rookstop en op attitudes omtrent gedragsverandering.

12. WAT EET JE HET BEST? [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/voeding/20170822_GL_voedingsdriehoek_folder.pdf

13. bewegings-driehoek MEER WETEN? [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/20170822_GL_bewegingsdriehoek_folder.pdf

14. KLEINE AANPASSINGEN MET groot effect [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/voeding/Gezond-Leven-infograph-Kleine-aanpassingen-met-groot-effect.pdf

15. Hoe ziet een gezonde maaltijd eruit? [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/voeding/Gezond-Leven-infograph-gezonde-maaltijd.pdf

16. TIPS OM EEN GEZOND WEEKMENU OP TE STELLEN [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/voeding/Gezond-Leven-2017-gezond-weekmenu.pdf

17. Gezond leven tips bij de voedingsdriehoek | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/gezond-leven-tips-bij-de-voedingsdriehoek

18. Overzicht voedingsmiddelen [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/voeding/Overzicht-Voedingsmiddelen.pdf

19. Vervangboodschappen beweging [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/vervangboodschappen-beweging.pdf

20. Ik wil gezond eten | Thuisarts [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.thuisarts.nl/gezonde-levensstijl/ik-wil-gezond-eten

21. Diabetes type 2: gezonde eet- en leefgewoonten · Gezondheid en wetenschap [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/diabetes-type-2-gezonde-eet-en-leefgewoontes

22. Paul VR, Hilde B, An D, Chris P, Wout VDB. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu. 2006;35(april):118–40.

Bijlagen

Bijlage 1: FOCUS-PDCA cyclus

Find a problem:
In de praktijk, tijdens een consultatie, zijn er voldoende aanknopingspunten om een gesprek te beginnen over een gezondere leefstijl. Maar artsen weten soms niet goed hoe ze dit juist kunnen aanpakken.

Organise a meeting:
Tijdens een vergadering in het WGC hebben artsen, verpleegkundige, gezondheidspromotor, kinesist en sociaal assistent gebrainstormd met als resultaat een visgraatanalyse over de mogelijke struikelblokken in verband met het promoten van een gezondere leefstijl in de praktijk.

Clarify problem:
De zorgverleners hebben het gevoel onvoldoende vertrouwd te zijn met de motiverende gespreksvoering in verband met een gezonde leefstijl.

Understand proces:
Visgraatanalyse:

- Barrières van artsen
    - Het onvoldoende beheersen van de motivationele gesprekstechnieken
    - Welke ingangspoorten te gebruiken voor een gesprek.
    - Onvoldoende EBM-info om mee te geven
    - Het stigmatiserende aspect van overgewicht: moet ik hierover beginnen?
    - Tijdsgebrek:
        - Hoe kan een kort advies gegeven worden?
        - Verspil je energie als de patiënt er niet klaar voor lijkt?
        - Is de weg op lange termijn niet zeer arbeidsintensief?
- Barrières van patiënten
    - De tijd die patiënten denken te moeten investeren in het bereiken van een gezondere leefstijl.
    - De kostprijs van een gezondere leefstijl
    - Gemakzucht
    - Macht van de gewoonte en invloed van de opvoeding
    - Onwetendheid
    - Suikerverslaving
    - Culturen met andere voedingspatronen
    - Het karakter van de patiënt
- Middelen die de aanpak van overgewicht kunnen verbeteren:
    - Een thema maken van het onderwerp overgewicht in de praktijk waarop we bijvoorbeeld jaarlijks eens focussen
    - Meer tijd vrij maken voor de begeleiding van overgewicht
    - Meer informatie die kan mee gegeven worden aan de patiënt
    - Het uitlenen van stappentellers of activiteitstrackers om de patiënten te motiveren meer te bewegen
- Factoren gebonden aan het dossier
    - Het systematischer noteren van gewicht en een sedentaire leefstijl
    - Motivatiestatus noteren in het dossier

Na het maken van deze probleemanalyse werden er een aantal prioriteiten gesteld waaraan er tijdens dit project aandacht zal worden besteed, in volgorde van belangrijkheid volgens het team:

- Opfrissing van de motiverende gespreksvoering, concreet over gezonde voeding/gewicht en leefstijl
- Het uitbreiden van de ingangspoorten die aangehaald kunnen worden om overgewicht of calorie-inname te bespreken: maagklachten, tandproblemen….
- EBM info om mee te geven in verband met een gezonde leefstijl.
- En verder ook nog:
    - hoe kan je het best een kort advies geven,
    - wat betekent obesitas in verschillende culturen,
    - hoeveel tijd is er nodig om een consultatie te voeren, het motivatiestadium te bepalen en te bevragen.
    - Communicatie in verband met slechte eetgewoontes.

Naar aanleiding van deze visgraatanalyse werden volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl?
- Hebben de artsen het gevoel dat de e-learning en de patiënten info hen helpt om een motiverend gesprek te voeren?
- Welk advies kan je best mee geven afhankelijk van het motivatiestadium?
- Hoeveel tijd zullen deze gesprekken in beslag nemen?
- Hoe wordt deze interventie onthaald bij de zorgverleners en bij de patiënten?

Start
PLAN

- Welke adviezen kunnen we mee geven aan de patiënten in verband met een gezonde leefstijl?
    - Patiënten informatie wordt opgezocht.
- Een e-learning wordt aangeboden aan de zorgverleners over motiverende gespreksvoering om deze technieken nog eens op te frissen.
- De zorgverleners gaan aan de slag in de praktijk:
    - Via een affiche in de wachtzaal worden patiënten uitgenodigd om met hun zorgverlener een gesprek aan te knopen over hun leefstijl en indien ze die willen verbeteren, hoe ze dit kunnen aanpakken.
    - Lengte en gewicht worden genoteerd bij die patiënten waarvan hun BMI nog niet gekend is.
    - Patiënten waarbij de zorgverlener een aanleiding ziet om hun leefstijl te bespreken, worden gevraagd of zij open staan voor een gesprek hieromtrent.
        - Dit gaat over alle patiënten tussen de 18 jaar en 80 jaar met een BMI groter dan 25 kg/m².
- Hoe wordt deze interventie ervaren bij de patiënten en de zorgverleners?
    - Zorgverleners: na het project wordt er een semi-gestructureerd interview afgenomen waarbij gepeild wordt naar de bruikbaarheid van de patiëntenfolders, of de e-learning ervoor gezorgd heeft dat zij zich meer vertrouwd voelen met de motiverende gespreksvoering, of deze interventie verder gezet zal worden in de praktijk en welke struikelblokken zij hebben ervaren.

- Patiënten: de patiënten krijgen na afloop van de consultatie een vragenlijst waarbij gepeild wordt naar hun belevingen: is het de taak van de arts om te beginnen over hun leefstijl, hebben zij concrete info mee gekregen, gaan zij iets veranderen aan hun leefstijl…

Registratieperiode: 7 november 2018 tot en met 11 januari 2019.

DO

Welke gegevens moeten worden verzameld/bevraagd:

- Door de arts na een consultatie:
  - Basiskenmerken van de patiënt: leeftijd, taal, moedertaal en opleidingsniveau.
  - Motivatiestadium van patiënt
  - Tijd die de consultatie in beslag neemt.
- Artsen tijdens semi-gestructureerd interview
  - Was de aangeboden informatie een handig hulpmiddel tijdens de consultatie?
  - Is de kennis over motiverende gespreksvoering voldoende opgefrist na de e-learning?
  - Voelt u zich nu meer vertrouwd met de motiverende gespreksvoering?
  - Gaat u het in de toekomst op dezelfde manier blijven aanpakken?
  - Wat kan nog beter?
- Patiënten:
  - Mag de arts een gesprek beginnen over uw leefstijl?
  - Hebt u alles verstaan wat de arts u verteld heeft?
  - Bent u bereid iets te veranderen aan uw huidige leefstijl?
  - Kreeg u nuttige concrete tips over wat u kan veranderen?
  - Nog eens navragen achteraf:
    - Hebt u de info thuis nog eens doorgenomen?
    - Vindt u deze info duidelijk?

Na 1 maand wordt het project al een eerste maal geëvalueerd, de reeds verzamelde gegevens worden al verwerkt en een vergadering wordt gepland om te kijken hoe het project loopt en wat er eventueel bijgestuurd moet worden.

CHECK
De vragenlijsten naar de appreciatie van de patiënten en de zorgverleners worden geanalyseerd.

Na afloop van het project wordt er een semi-gestructureerd interview afgenomen en wordt er beoordeeld of het project in de toekomst herhaald kan worden en wat er nog verbeterd kan worden.

ACT

Hoe kan het project geintegreerd blijven?
Wat hebben we bereikt, wat zijn de werkpunten in de toekomst?

Het project zal verder toegepast worden in de praktijk. Gedurende één maand zal er gefocust worden op het bepalen van de BMI's en gedurende een andere maand gaan de artsen proactief de gezonde leefstijl promoten. Voor het project weer van start gaat, kan de kennis opgefrist worden aan de hand van de steekkaart. Om meer op de noden van de kwetsbare populatie in de praktijk in te pikken, wordt informatie opgezocht over voeding in de verschillende culturen. Er zal ook worden nagedacht over het ontwikkelen van een folder met concrete tips om mee te geven na afloop van de consultatie.

Het materiaal blijft voor handen in de kabinetten, zodanig dat als er een patiënt komt met vragen over zijn leefstijl, dit ook buiten de tijdspanne van het project kan aangepakt worden.

Het project heeft geleid tot het inzicht bij de zorgverleners dat motiverende gespreksvoering rond leefstijl zeker tot een van de taken van de huisarts behoort en dat patiënten er zeker open voor staan dat hun arts dit met hun bespreekt. Door een aantal van deze gesprekken gevoerd te hebben, zijn de artsen hier nu meer vertrouwd mee, zodanig dat in de toekomst de drempel lager is om over de leefstijl een gesprek aan te knopen. Naar de toekomst toe zal er gefocust worden op het betrekken van de kwetsbare populatie in de praktijk, met name de allochtone patiënt en hun voedingsgewoontes. Ook zou het handig zijn om een brochure met concrete tips, aangepast aan de verschillende culturen, te ontwikkelen, om mee te geven aan de patiënt.

Bijlage 2: goedkeuring ethische commissie

KU LEUVEN

UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49 OZH II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP006070
Uw kenmerk: Masterproef studie: Evaluatie van het toepassen van motiverende gespreksvoering bij patiënten met overgewicht, met aandacht voor de sociaal kwetsbare patiënt.
Leuven, 23-05-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Sara De Neef

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 23-05-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 08-05-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry

Bijlage 3: interview artsen 09 januari 2019

Wat vonden jullie van het project?
Arts 1: ik zou dit elke dag willen doen. Veel mensen zitten in de beslissingsfase.
Arts 2: mensen zijn vaak meer gemotiveerd dan we denken, maar er is toch wel die ambivalentie. Mensen zijn ook enthousiast.
Arts 4: Ze staan uiteindelijk wel open voor het bespreken van hun levensstijl.
Arts 1: ik heb mij wel gericht tot de Nederlandstalige middenklasser. Ik heb niet echt vreemde anderstalige mensen aangesproken, ik vind dit veel moeilijker.
Arts 2: ik vind dit niet moeilijker.
Arts 4: uit de enquêtes blijkt ook wel dat we toch relatief veel Nederlandse patiënten hebben betrokken in dit project, terwijl dit toch niet zo representatief is ten opzichte van onze patiëntenpopulatie.

Zijn er dingen die jullie gemist hebben om meer anderstalige patiënten erbij te kunnen betrekken?
Arts 5: de informatie met de foto's was wel gemakkelijk voor diegene die niet zo goed Nederlands konden. Deze pictogrammen waren wel handig om het zo te tonen. Dus ik denk inderdaad dat meer foto's en pictogrammen zeker kunnen helpen.
Arts 1: voor de eerste stap van dit project was de handtekening van de patiënt vast krijgen voor het informed consent een grote barrière, maar dit zou dan in de toekomst wegvallen.
Arts 2: wat ik wel straf vind is dat ze gemotiveerd zijn, maar dan wel niet terug komen eigenlijk.
Arts 1: bij mij wel. Het gaat wel in stapjes. Eerst eens aanhalen en hun handtekening vast krijgen en daarna een volgende consultatie plannen. Het gaat in 3 stapjes: eerst eens kijken hoe het gaat, handtekening zien vast te krijgen en motivatiestadium bepalen. De tweede consultatie gaf ik de uitleg van de voeding en de derde is voor een beetje feedback en ik heb ook feedback van: oei, ik ben er nog niet mee begonnen door de feestdagen.
Arts 5: ik denk ook vaak dat patiënten het zelf soms niet zo goed kunnen inschatten. Dat ze wel zeggen dat ze het willen doen, maar dat ze dit zeggen omdat het sociaal wenselijk is, maar dat ze het daarna dan eigenlijk niet doen.
Arts 4: dat effect zou ook wel in de enquêtes kunnen zitten. Als je vraagt: ben je nu bereid om iets te veranderen, dat ze dan 'ja' zeggen, maar het daarom nog niet noodzakelijk gaan doen.
Arts 1: er is ook wel een verschil te zien in bereidheid tussen voor nieuwjaar en na nieuwjaar, nu zijn er veel mensen met goede voornemens, dat is eigenlijk het beste moment qua timing, maar over 2 weken lukt dat ook niet meer.

Wat waren de positieve punten van dit project?
Arts 1: het is een goed project, maar we moeten er nog wat aan sleutelen dat het voor iedereen toegankelijk wordt.
Arts 5: om patiënten te rekruteren kan je moeilijk zoals bij de griepcampagne een brief gaan sturen, want dit is voor de leefstijl wel wat delicater, omdat je je dan persoonlijk wat aangevallen voelt. Of je moet het zeer goed aanpakken.
Arts 4: daarom is het wel goed dat je weet dat je er als huisarts zelf over moet beginnen, maar patiënten vinden het helemaal niet erg dat je erover begint.

Wat waren de negatieve punten van dit project?
Arts 2: Het tijdsaspect, in de winter komen ze altijd voor iets anders.
Arts 1: Je moet het altijd forceren: niemand komt uit zichzelf voor het bespreken van hun leefstijl. Dan voel je je wat opdringerig.
Arts 2: Het informed consent is echt wel een drempel. Zeker om de anderstalige erin te betrekken, ook met de vragenlijsten.

Arts 4: Ja, het lukt vaak om wel uitleg te geven met de pictogrammen, maar de vragenlijsten zijn voor hen te moeilijk. Bij het informed consent begrijpen ze niet wat daar staat, dus kan je hen moeilijk vragen dit te tekenen..
Arts 2: Geen enkele patiënt heeft die vragenlijst alleen kunnen invullen (als ze geen Nederlands praten)
Arts 4: daardoor hebben we binnen het project een beetje onze doelpopulatie gemist, maar in de toekomst zou dit dan minder een probleem zijn.

Arts 4: Iedereen die mee deed, was omdat er een arts hen had aangesproken. Er was uiteindelijk niemand die gereageerd heeft op de poster of het wachtzaalscherm. Dus dan weten we dit ook als we nog zoiets willen doen in de toekomst, dat het toch vooral van ons uit zal moeten komen.
Arts 1: wat we wel kunnen doen is mee gaan met de media. Als er eens iets is zoals Tournée Minérale, dan spring je er ook mee op.
Arts 5: of op een andere manier dat je ze wel kunt warm maken
Arts 1: maar dat is marketing.

Had je al ervaring met motiverende gespreksvoering? Was het doorlopen van de e-learning nuttig?
Arts 1: ik heb het tijdens mijn coachopleiding al gehad, dus voor mij was het niet nieuw, maar ik vond het wel heel handig om die fasen van de veranderingscirkel om die altijd in je hoofd te hebben, maar die kennen we wel.
Arts 2: wij hadden dit wel al redelijk onder controle.
Arts 4: dus er was wel al voorkennis.
Arts 1: het was wel een goede inleiding van eetexpert, maar het ging wel over anorexie.
Arts 5: cursus was heel interessant, maar heb het uiteindelijk niet zo veel gebruikt tijdens het consulteren. Ik ging uiteindelijk wel snel over tot het advies. Motiveren was vaak niet nodig, omdat ze het wel al wisten. Het was voor niemand nieuw, maar eerder gewoon praktisch van hoe kan je het doen.
Arts 2: ze zijn wel al bezig met gezonde voeding, het leeft wel.
Arts 4: ofwel zitten ze helemaal in de precontemplatiefase en staan ze er nog niet voor open dat dit iets met hun gewicht te maken zou kunnen hebben, ofwel zijn ze toch al wel redelijk gemotiveerd en bevinden ze zich in de beslissings- of actiefase en zijn ze klaar om stappen te ondernemen.
Arts 5: de tijd van het project was ook wel wat te kort om echt mensen te zien evolueren binnen de fases.
Arts 3: als je dit vergelijkt met andere gedragsveranderingen zoals rookstop, afbouw benzo's, dan weet je wel dat als je een paar keer die boodschap geeft, dat het soms toch wel kan binnen druppelen. Ook al is er niet direct een verandering waarneembaar, maakt het daarom niet zinloos.
Arts 1: wat ik bij mijn populatie gemerkt heb, is dat heel veel mensen de tips en tricks wel al weten, maar ze moeten nog veel meer privécoaching hebben, er moet korter op de bal gespeeld worden. Ze hebben de kennis, ze weten wat ze moeten doen, maar ze kunnen het nog niet vertalen naar concrete veranderingen.

Wat zou een oplossing kunnen zijn om het dan meer actiegericht te houden?
Arts 1: Bijvoorbeeld als het via voeding niet direct lukt eens kijken of je het over een andere boeg kan gooien. Ik had bijvoorbeeld een patiënt dat op haar voeding ging letten, maar dat is niet gebeurd door de feestdagen en ze heeft op dit moment ook wel veel stress. Dan hebben we het even over een andere boeg gegooid. Want ze vertelde dat ze toch zo kortademig was. Dus dan heb ik de bewegingsdriehoek erbij genomen. En gekeken wat we normaal op een dag moeten doen en dan hebben we daar een doelstelling aan gekoppeld. Ze woont op het vijfde verdiep maar neemt altijd de lift. Dus hebben we afgesproken dat ze nu een week lang elke dag de trap neemt tot op het eerste en daar dan de lift neemt, de tweede week tot het tweede verdiep en zo verder. En ik zie haar binnen 14 dagen terug. Zo ben je heel kort op de bal aan het spelen. En dan zie ik wat het geeft. Aanpassingen moeten zeer haalbaar zijn en zeer concreet.

Arts 2: zoiets lukt ook alleen als je al een goede band hebt met je patiënt. Er moet vertrouwen zijn. Wat ik moeilijk vind is dat ik me dan soms een beetje een kleuterleidster voel, als ik ze voor zo iets klein laat terug komen, bijvoorbeeld om te kijken of ze ondertussen al 2 verdiepen naar omhoog wandelen. Zo een aanpak vind ik moeilijk omdat het zo druk is.
Arts 5: het komt wel minder aanvallend over als je ze laat terug komen en de eerste consultatie het gewoon aanhaalt zonder ze echt al tips mee te geven.
Arts 4: Nu bij alles wat te maken heeft met een gezonde leefstijl, heb je tijd voor. Dat is belangrijk gedurende je hele leven. En misschien zijn de kleine aanpassingen voor ons meer haalbaar om te implementeren in de praktijk.
Arts 1: Nu je moet ze wel constant in het oog houden, blijven ze die kleine aanpassing volhouden of niet. Maar dat is een leerproces en een leerproces is van alle leeftijden.
Arts 5: Misschien moet er ook nog iets anders komen van brochures, want nu hadden we wel een folder van de voedings- en bewegingsdriehoek, maar nog geen andere houvast met concrete tips. Dat je dan kan mee geven op maat van de patiënt.
Arts 1: Ja, hierin is herhaling ook wel heel belangrijk.

Waaraan denken jullie dan bij zo een gepersonaliseerde brochure?
Arts 5: iets met meer pictogrammen over wat gezonde voeding juist is. Ik vond dat boekje handig om te overlopen. Dus als je zo iets kunt mee geven naar huis, maar dan nog praktischer, een beetje zoals de informatie bij Kind & Gezin. Dan hebben ze iets van houvast, anders vergeten ze veel.
Arts 1: Ik heb ook ooit een cursus time management / praktijkmanagement gedaan. En dat was allemaal opgedeeld in heel kleine stukjes. En als je 10 stappen had doorlopen kreeg je een medaille, dat klinkt belachelijk misschien, maar dat doet toch iets met jou. Een kleine beloning. Dat is misschien een externe motivatie, maar goed. Met iets van beloningstechniek.
Arts 3: En bedoel je dan voor de zorgverlener of voor de patiënt?
Arts 1: Voor de zorgverlener mag dat ook.
Arts 3: Een beloning kan ook zijn dat de pop-up verdwijnt.
Arts 5: In het vervolg kan er misschien ook zoiets komen via groepseducatie.

Arts 3: Ik heb de e-learning nog niet doorlopen. Ik denk dat we daar wel structureel tijd voor moeten inplannen. Bijvoorbeeld door consultaties hiervoor in de agenda in te plannen door administratieblokken wat in te perken. Of dat we een maand of twee inplannen zodat we met dit en niet met andere zaken bezig te zijn. We moeten het op voorhand goed in ons praktijkmanagement inbouwen om er ook structureel tijd in te kunnen steken. De investering per patiënt is daarom niet groot. Dus ik vind het een beetje falen dat ik de e-learning niet heb kunnen doorlopen. Ik heb al wel overuren gemaakt en ook het invoegen van dossiers bleef liggen.
Arts 1: Dat is geen falen, mij interesseerde het enorm, waardoor ik er meer prioriteit aan heb gegeven.
Arts 4: Het was ook een beetje een moeilijke periode omdat er een aantal vrije dagen geweest zijn in november en in december hebben we 2 weken een andere regeling gehad omwille van de feestdagen en vakantie.
Arts 3: Er was wel nog wat plaats in de agenda, nu er waren ook wel al veel nieuwe inschrijvingen, wat ook meer tijd heeft gevraagd. Het is moeilijk om te plannen welke periode van het jaar het best zou zijn en dat we dan enkel daarmee bezig zijn en niet meer met iets anders van preventie.

Lijkt het wel iets dat je zegt van dit kunnen we één keer per jaar eens een tijdje doen? Dat we er ons dan eens op focussen.
Arts 4: Dan kunnen we het bijvoorbeeld opfrissen met de steekkaart en 1x/week een half uurtje tijd voor uitrekken.
Arts 5: Ook de doelgroep nog iets kleiner maken, dat de pop-ups meer gericht zijn.
Arts 1: Pop-ups zijn dwingend, ik heb bij veel mensen de BMI bepaald om de pop-up weg te krijgen.
Arts 3: Op zich is het wel al een succes als we 100 BMI's extra zouden bepaald hebben.

Arts 1: Maar ik wil hier dan een periode op focussen, maximum een maand. Zo zie ik het. Een heel jaar gaat het niet.
Arts 4: Dan kunnen we dat zo inplannen, bijvoorbeeld in januari als ze goede voornemens maken, of voor de zomer als ze aan hun badpak beginnen denken.
Arts 1: En dan moeten we het de patiënten op allerlei manieren duidelijk proberen maken: affiche, wachtzaalscherm… Eigenlijk zouden we een marketingpersoon in huis moeten hebben die zo wat ondersteunt op vlak van materiaal.
Arts 5: Andere zorgverleners moeten er ook bij betrokken worden, zodat ze personen ook kunnen doorverwijzen.
Arts 4: Dat moeten we dan achteraf ook wel weer evalueren of het zin heeft of niet om het op die vlakken aan te pakken, want uit de enquêtes komt wel dat niemand gereageerd heeft op de affiche of het wachtzaalscherm. Je moet de patiënt zelf aanspreken als arts.
Arts 2: Ik vraag met dat ook wel af, ik vind het belangrijker om het informatiemateriaal dicht bij de hand te hebben.
Arts 5: Wat we dan eventueel wel kunnen doen is dat we ervoor zorgen dat kindjes met plastiek fruit kunnen spelen in de wachtzaal.
Arts 3: Ik denk zeker dat we ons jaar samen met de preventiegroep wat beter kunnen indelen. Bijvoorbeeld bij de griepcampagne doen we dat ook.

Waren de pop-ups nuttig?
Arts 4: Het zijn er wel veel, het motiveert wel om het BMI te bepalen om zo een pop-up weg te krijgen. Maar dit moet geen heel jaar tevoorschijn komen. Dus in het vervolg bepalen we een termijn dat we de leefstijl in de praktijk gaan aanpakken.
Arts 2: Of we doen het in twee stapjes: bijvoorbeeld in februari bepalen we de BMI's en in mei beginnen we met het promoten van een gezonde leefstijl.
Arts 1: Eventueel koppelen aan een trend in de media.
Arts 4: En dan kan er tijdens die maand een aantal blokken tijd gemaakt worden in de agenda om die consultaties te plannen.
Arts 4: Zelfs al verschijnt er een pop-up, dan gebeurt het nog regelmatig dat je op het einde van de consultatie vergeet de BMI te bepalen.
Arts 2: Ja, ik ben het ook zo vaak vergeten, zelfs al zei ik in het begin van de consultatie: "Ik ga je straks nog even wegen en meten". En als ze buiten waren dacht ik er dan pas terug aan.
Arts 4: In het begin vond ik het ook gemakkelijker om er aan te denken, omdat je dan nog in die nieuwe drive zit. Vandaar dat het goed gaat zijn als we een korte tijd ons er op focussen in de toekomst.
Arts 2: Die aandachtspanne is ongeveer 2 weken bij mij.

Was de steekkaart nuttig, hebben jullie die veel gebruikt?
Arts 4: Dat hebben we nu niet echt gebruikt, omdat we dat al wisten. Dit gaat vooral handig zijn als we het project nog eens herhalen om terug snel te weten wat je wanneer moet doen.

Waren de patiënten folders nuttig?
Arts 4: Ja, daar gaan we mee verder werken. Die map met beeldjes is ook echt gemakkelijk, je neemt die er gewoon bij. Zeker als er in elk bureau zo een ligt op een vaste plaats. Het enige wat we nog kunnen verbeteren is een folder maken met pictogrammen om mee te geven.
Je zegt wel tegen de mensen op welke website ze de informatie kunnen terug vinden, maar dat is natuurlijk weer een extra stap/drempel die ze moeten uitvoeren.
Arts 2: ik zou het tof vinden als we beeldmateriaal in verschillende stijlen hebben. Nu hadden we alleen de stijl van de folders, maar dat we ook met andere soorten beelden kunnen werken. Dat je op verschillende manieren de mensen hun verstand kunt aanspreken, nu was het alleen maar redelijk clean met die folders. Maar dat je bijvoorbeeld werkt met andere beelden van echt fruit met een fruitbrochette, dat klinkt onnozel, maar zo krijg je meer diversiteit in je aanbod.

Arts 5: Het zou ook ideaal zijn als je een beetje per populatie gerichte informatie kunt geven. Ik heb zo bijvoorbeeld een website gezien bij een workshop van Eetexpert. Dat je echt heel specifiek info vindt voor bijvoorbeeld Arabische personen en specifieke pictogrammen.
Dus zo kunnen we onze kwetsbare populatie er meer gericht uit halen.

Nam het project te veel tijd in beslag?
Arts 4: Advies krijg je toch vaak niet op een kwartier rond. In het vervolg hiervoor misschien consultaties plannen van een half uur.
Komen we met dit project toe aan onze taak als huisarts om preventief te handelen?
Arts 1: Zeker, en zeker in een wijkgezondheidscentrum. Gezondheidspromotie is ook belangrijk om daar af en toe aandacht aan te besteden.
Arts 2: Zou het een optie zijn om iemand te hebben die daar de tijd in kan steken?
Arts 1: Dat vind ik moeilijk, want wij hebben nu net de relatie met die persoon.
Arts 3: Je moet natuurlijk wel de motiverende gespreksvoering onder de knie hebben.
Arts 2: Je kunt enkel echt de groep die tot actie over gaan doorverwijzen naar een andere discipline (bijvoorbeeld een diëtiste). Voor die andere groep moeten wij het doen.
Arts 1: Ik vind het mijn taak en ik vind dit veel belangrijker dan medicatie voor te schrijven.
Arts 3: Diëtisten hebben er wel voor gestudeerd. En doorverwijzen naar de sociaal assistent lukt ook. Dus moest er ooit intern een diëtist komen, kan dit wel helpen.
Arts 2: En daarvoor hebben we de juiste persoon nog niet gevonden.
Arts 3: Extern werken is moeilijk, intern werken hebben we de middelen er nog niet voor. Dus in tussentijd moeten we dit zelf proberen doen. In plaats van dat we dit ook vragen aan verpleegkundige om het te doen.