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

Charlotte De Nys, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Decat Peter, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

Woord Vooraf

Deze masterproef is voortgekomen uit een persoonlijke interesse voor een gezonde levensstijl en de motivatie om dit over te brengen naar de patiënten. Daarnaast put ik veel energie uit de arts-patiënt relatie en sociaal contact. Hierbij zou ik graag enkele mensen bedanken die mij hielpen om dit mogelijk te maken. Ik wil graag mijn vriend Charles bedanken voor zijn steun tijdens mijn jaren als HAIO en in het bijzonder bij deze scriptie. Daarnaast dank ik mijn collega's uit de praktijk Medi-C uit Nieuwkerken-Waas voor het helpen rekruteren van deelnemers, het gebruik van de wachtzaal voor de groepssessies en natuurlijk voor de goede en fijne opleiding de afgelopen twee jaar. Evenveel dank aan de deelnemers en speciaal de geïnterviewden om tijd te maken en hun ervaringen te delen. Tot slot dank ik in het bijzonder mijn promotor Dr Peter Decat. Dank voor uw enthousiasme bij het begeleiden van deze masterproef.

1 Abstract

Achtergrond

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

Doelstelling

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

Methodologie

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

Resultaten

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

Conclusie

Algemeen kan ik stellen dat het organiseren van peersessies over voeding en beweging goed onthaald werd bij de deelnemers. Ook als arts heb ik een positieve ervaring achter de rug en nieuwe inzichten verworven omtrent welke mechanismen bijdragen tot gedragsverandering. Verder grootschalig empirisch onderzoek zou kunnen bestuderen of deze vorm van gezondheidspromotie werkelijk een meerwaarde kan betekenen in de preventie en vergelijken met de traditionele manier van informatie overdracht tijdens het consult. Desalniettemin vraag de organisatie tijd en mankracht. Een financieel kader voor deze vorm van preventie in een niet-forfaitaire praktijk is er heden nog niet.

2 Inhoud

Woord Vooraf 2
1 Abstract 4
2 Inhoud 6
3 Inleiding 8
4 Literatuuronderzoek 9
4.1 Methodologie literatuuronderzoek 9
4.2 Resultaten literatuuronderzoek 10
5 Methodologie 15
5.1 Interventie 15
5.1.1 Verloop 15
5.1.2 Rekrutering van de deelnemers 16
5.1.3 Setting 16
5.2 Evaluatie van de interventie: Realist Evaluation 16
5.2.1 Realist impact evaluation - CMO hypothese 16
5.2.2 Gegevens verzameling 18
5.2.3 Analyse van de data 19
5.3 Ethisch aspect 20
6 Resultaten 20
6.1 Context 20
6.1.1 Deelnemers 20
6.1.2 Grootte van de groep en groepssfeer 21
6.1.3 Aanwezigheid van de huisarts 21
6.1.4 Setting van de huisartspraktijk 22
6.2 Mechanisme 23
6.2.1 (H)erkenning 23
6.2.2 Interactie met anderen 23
6.2.3 Persoonlijke uitnodiging 24
6.2.4 Zich vergelijken met anderen 24
6.3 Outcome 25
6.3.1 Tevredenheid 25
6.3.2 Intentie 25

6.3.3 Zelfzorg 26
7 Discussie en conclusie 26
7.1 Context 26
7.2 Mechanisme 29
7.3 Outcome 30
7.4 Beperkingen van het onderzoek 31
7.4.1 Selectiebias 31
7.4.2 Beperkte onderzoekspopulatie en data 31
7.4.3 Bias door onderzoeker 31
7.5 Conclusie 32
8 Referenties 33
9 Bijlagen 35
9.1 Cardiovasculaire risicotabel (Domus Medica 2007) 35
9.2 Gunstig advies Ethisch Comité 36
9.3 Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt 38
9.4 Begeleidende PowerPoint presentaties groepssessies 41
9.5 Vragenlijst kwalitatief interview 45

Verklarende begrippenlijst

[1] hoog cardiovasculair risico: ≥10% kans op sterfte aan hart- en vaatziekte binnen 10 jaar. ≥5% volgens Europese richtlijnen. Deze score wordt afgeleid uit de risicotabel waarbij rekening wordt gehouden met geslacht, rookstatus, bloeddruk en cholesterol. De risicotabel van Domus Medica is terug te vinden in bijlage 1.
[2]CABG coronary artery bypass grafting
[3]PTCA percutane transluminale coronaire angioplastie

3 Inleiding

Cardiovasculaire (CV) ziekten zijn de voornaamste oorzaak van sterfte wereldwijd. De aanwezigheid van een CV ziekte en/of de combinatie van voldoende risicofactoren maakt dat een persoon een risico van 10% of meer heeft om de komende 10 jaar te sterven aan een CV ziekte risico). De risicofactoren zijn gerelateerd aan o.a. de levensstijl zoals tabaksgebruik, ongezonde voeding, onvoldoende beweging en overmatig alcoholgebruik. De effecten hiervan kunnen te zien zijn als hypertensie, diabetes mellitus, obesitas en hypercholesterolemie.

Onderzoek heeft aangetoond dat reductie van deze risicofactoren het risico op een (terugkerend) CV event vermindert en zo meer levenskwaliteit en -kwantiteit oplevert. De kosten-baten analyse is het meest gunstig in de groep van personen met een hoog CV risico (SCORE ≥ 10% volgens richtlijn Domus Medica[1]. Zie bijlage 1). De preventie bestaat uit enerzijds medicatie (antihypertensiva en hypolipemiërende middelen) en anderzijds uit niet-medicamenteuze of 'conservatieve' maatregelen (gezonde voeding, beweging en rookstop). Deze masterproef focust op de niet-medicamenteuze behandeling.

De initiële gedachte die tot deze masterproef heeft geleid, kwam er na een bijscholing. De uitkomst van deze lezing was een conservatief beleid aanhouden met aansporen tot beweging en vermagering. Vele aandoeningen zijn gebaat bij deze therapie. Echter het overbrengen naar de patiënt en het resultaat kent wisselend succes. Enkele reflecties en voorbeelden over dit laatste: We vermelden deze boodschap tijdens de consultatie, maar gaan we echt in op het onderwerp met concrete navraag, tips en opvolging? We controleren de bloeddruk en volgen deze op, maar vragen we na welke inspanning er geleverd wordt en wat de pijnpunten bij de patiënt zijn? We verwijzen door naar een diëtist, maar spreken we ook concrete opvolging af? Men zou dit zelfs nog kunnen doortrekken naar rug- en knieproblematiek bij patiënten met obesitas waar we pijnstillers gaan opdrijven, maar gaan we evenveel in op gewichtsreductie en spieropbouw?

In mijn job als HAIO probeer ik het onderwerp van gezonde voeding en beweging ter sprake te brengen bij de patiënten, gesteund met allerlei folders en preventiemateriaal. Ik merk dat ik soms op een muur bots en vooral veel tijd hierin steek. Navraag bij de collega's in de groepspraktijk staaft mijn bevindingen. Zij zijn zich bewust van de richtlijnen en de SCORE tabel, maar belangrijke parameters ontbreken in het EMD zoals rookstatus, gewicht, bloeddruk. De medische voorgeschiedenis is goed gedocumenteerd. Patiënten met reeds een CV event in de voorgeschiedenis behoren volgens het algoritme in de hoog risico groep. De patiënten met een hoog risico of erg ongezonde levensstijl zonder event dreigen opvolging en preventieve aanpak te missen wanneer de risico SCORE niet berekend is. Verschillende verklaringen kwamen aan bod tijdens het groepsoverleg zoals tijdsgebrek, onrealistische doeleinden in de richtlijnen en weinig therapietrouw. Vooral dit laatste was demotiverend. Tijdsgebrek was tevens een groot struikelblok.

4 Literatuuronderzoek

4.1 Methodologie literatuuronderzoek

De literatuurstudie volgde deze zoekstrategie:

1. Wat is er reeds gekend over de epidemiologie van hart- en vaatziekten?

   Voor epidemiologische data heb ik de databank van de World Health Organization geraadpleegd voor mondiale cijfers. Op de site van de **WHO** werd gezocht onder 'fact sheets', 'cardiovascular diseases'.

   Om dit te staven voor Europa keek ik naar de statistieken van 2017 van het **European heart network**. Deze bron verkreeg ik uit de referenties van de artikels van de European society of Cardiology (ESC). Op de site werd gezocht onder CVD statistics.

   Voor België werd gezocht op de site van het **Agentschap Zorg en Gezondheid Vlaanderen** onder 'cijfers', 'evolutie sterftecijfers 2001-2016'. Naar deze bron werd gerefereerd in de richtlijn van Domus Medica over globaal CV risico beheer.

2. Wat is reeds gekend over de effecten van voedings- en bewegingsadvies bij cardiovasculair hoog risico patiënten? Welke interventies bestaan er en wat zijn de obstakels?

   Key-words: cardiovascular disease, high risk, assessment, management, secondary prevention, conservative treatment, general practice, lifestyle behavioural factors.

   De databank van **PubMed** werd geraadpleegd waarbij de meest relevante artikels verschenen met de combinatie van volgende MESH-termen: "Cardiovascular" AND "Secondary prevention". Vervolgens werd er gefilterd op 'clinical trial/review/(free) full text', '5 years', 'humans', 'English'. 74 artikels werden bekomen. 11 relevante artikels werden geselecteerd. Hieronder bevond zich de EUROASPIRE studies en de Europese richtlijn (ESC guideline 2016 primary care).

   Daarnaast werd de databank **EBM Practice Net** geraadpleegd. Verschillende combinaties van de key-words gaven 5 relevante resultaten waaronder de richtlijnen van **domus medica** over globaal CV risico beheer.

   De 2 artikels over het belang van fysieke activiteit bij hart- en vaatziekten kwamen uit de referenties van de **ESC richtlijnen**.

   Daarnaast werd er ook gezocht in de database van het federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg België (**KCE**). Daarbij werd onmiddellijk geselecteerd op huisarts geneeskunde en vervolgens naar de richtlijn cardiale revalidatie 2010.

3. Literatuur over peer support in de huisartspraktijk werd gezocht in de databank PubMed met volgende Mesh termen: “peer group”, “primary health care”, “general practice”. Daarnaast werd gebruik gemaakt van Google Scholar met als key-words “peer support among patients in primary care”. 5 artikels waren bruikbaar waaronder 2 artikels van Michele Heisler.

4. Naar aanleiding van het kwalitatief interviewen werden nog 2 artikels gezocht. 1 ervan werd gerefereerd in een artikel over realist evaluation. Voor het tweede artikel werd google scholar geraadpleegd met de key-words “kwalitatief interviewen”.

5. In het discussie wordt de haalbaarheid van het inschakelen van een verpleegkundige in de huisartspraktijk besproken. Hiervoor werd eerst een artikel gelezen uit de editie van HuisartsNu oktober 2018 (abonnement via Domus Medica). In de referenties wordt een verwijzing gemaakt naar een Nederlands artikel dat ik tevens heb geraadpleegd.

4.2 Resultaten literatuuronderzoek

Epidemiologie - preventie

Sinds 1990 zijn er meer mensen gestorven aan een hart- en vaatziekte dan eender welke andere ziekte. In 2016 was dit 31% van alle globale sterfte wereldwijd [1]. In Europa loopt dit op tot 37% waarvan 85% door acuut myocardinfarct en hersentrombose of -bloeding (CVA) [2]. Actie werd reeds ondernomen waarbij preventie, diagnose stelling en behandeling een daling konden teweegbrengen. De WHO lijst cijfers op tot -30% in Europa en Noord-Amerika (-40% in Scandinavië) (1988-98) [1]. Uit Belgische cijfers blijkt dat de incidentie van hart- en vaatziekten ook een gunstige evolutie kent. Recentere cijfers worden verzorgd door het Agentschap Zorg en Gezondheid. De daling van de sterftecijfers tussen 2001 en 2016 is zowel bij mannen als bij vrouwen vooral het gevolg van de daling van de sterfte door hart- en vaatziekten. 58% van de totale daling bij mannen is toe te schrijven aan de daling in de sterfte door hart- en vaatziekten, die daalde van 56 per 10.000 mannen naar 31 per 10.000 (-45%). Bij vrouwen is dit respectievelijk verantwoordelijk voor 81% van de totale daling waarbij sterfte door hart- en vaatziekten daalde van 39 per 10.000 naar 22 per 10.000 (-43%) [3].

Preventie van cardiovasculaire risicofactoren kan op verschillende niveaus plaats vinden. We onderscheiden de preventie op populatieniveau en deze op individueel niveau. Interventies op populatieniveau omvatten o.a. taxatie op tabak, aanleg van meer fiets- en wandelpaden, gezonde voeding op scholen, … De preventieparadox van Geoffrey Rose stelt dat een kleine reductie van een risico op ziekte in de gehele populatie tot een grotere daling van ziekten leidt in tegenstelling tot een grote reductie in risicofactoren bij de kleine groep van mensen met een cardiovasculair hoog risico [4]. Hierdoor kan men stellen dat de aanpak op populatieniveau zeker niet kan ontbreken.

Verschillende studies bestudeerden het effect van levensstijladvies in de algemene populatie. Deze concludeerden verbetering betreffende cardiovasculaire risicofactoren echter er was geen impact op de harde uitkomst van totale- of cardiovasculaire mortaliteit. Dit in tegenstelling wanneer de onderzoekspopulatie patiënten zijn met reeds een hart- en vaatziekte. Hier was de interventie

betreffende levensstijladvies met reductie van de risicofactoren wel in staat om mortaliteit te reduceren [4].

In haar review *Secondary prevention of acute coronary syndrome* beschrijft Venetia Notara de relatie tussen levensstijl determinanten en secundaire preventie van een acuut coronair syndroom (ACS). Ze refereert hierbij naar artikels van de World Health Organization (WHO), British Heart Foundation, European Society of Cardiology (ESC) en American Heart Association. Meer dan 50% mortaliteitsreductie na ACS kan bekomen worden door veranderingen in levensstijl ten opzichte van een reductie van 43% door nieuwe medische en chirurgische technieken. Het mediterraans dieet wordt hierbij uitgelicht. De Lyon Diet Heart Study was de eerste studie met het indrukwekkende resultaat van 50 tot 70% reductie van het risico op een nieuw event [6]. Verschillende artikels bekrachtigen de werkzaamheid van beweging in secundaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen. De review van Stephan Gielen bundelt de resultaten van verschillende studies tussen 1980 en 2014 over oefentherapie bij patiënten met een coronaire hartaandoening. Oefentherapie bij patiënten met stabiele coronaire aandoeningen of met antecedenten van acuut myocardinfarct gaf een significante daling van 26% van de cardiale mortaliteit en 20% van de totale mortaliteit [7]. Echter het is minder duidelijk welke intensiteit, duur en welk type nu meer gezondheidsvoordeel opbrengt, beschrijft de ESC [4]. In hun preventief tijdschrift, European journal of Preventive Cardiology, beschrijven ze in 3 papers de karakteristieken van inspanningen welke meer voordelig zijn voor een goede gezondheid voor de algemene populatie, voor patiënten met reeds cardiovasculaire risicofactoren en tot slot voor diegene met reeds een hart- en vaatziekte. In deze laatste paper spitsen ze zich toe op patiënten met ACS en hartfalen. Een geïndividualiseerde aanpak geniet de voorkeur waarbij men streeft naar een duurtraining voor 30-60 minuten per dag gedurende 3 tot 5 dagen in de week. Weerstandstraining wordt hierbij gecombineerd tot 3 keer per week [8].

De huisarts heeft een unieke rol in het identificeren van patiënten met een hoog cardiovasculair risico. WHO en ESC adviseren hier voornamelijk een hoogrisicobenadering. Interventies bij patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekte zijn het meest kosten effectief en dringen het aantal nieuwe of recidiverende events terug [1,4].

Persisterende ongezonde levensstijl - ambitie

Over de laatste 30 jaar is meer dan de helft van de reductie in CV mortaliteit te danken aan levensstijl veranderingen en meer bepaald van de risicofactoren hypercholesterolemie, hypertensie en roken [1,4]. Deze gewenste trend wordt deels te niet gedaan door andere risicofactoren die in opmars zijn zoals diabetes, obesitas en de stijgende levensverwachting. Daarnaast bereiken de patiënten die reeds een event hebben doorstaan niet altijd de gewenste doelstellingen zoals in de richtlijnen omschreven: rookstop, aerobe training 5 x 30 minuten per week, BMI tussen de 20 – 25 kg/m² met centrale omtrek <94 cm (man) en <80cm (vrouw), bloeddruk < 140/ 90 mmHg, LDL < 70-100 mg/dL en HbA1c < 7% [4]. De EUROASPIRE papers beschrijven de bezorgdheid over de persisterende ongezonde levensstijl van patiënten met een CV hoog risico [9-11]. 7998 patiënten over 24 Europese landen werden geïnterviewd: 16% rookte nog steeds, 29.9% had een sedentaire levensstijl, 37.6% had obesitas met meer dan de helft centrale adipositas, 42.7% had persisterende hypertensie en 80.5% hypercholesterolemie. Tot slot had 26.8% een HbA1c van >7% [9].

Ondanks het bestaan van richtlijnen en de evidentie van secundaire preventie is er aldus in de realiteit een aanzienlijk percentage van CV hoog risico patiënten met een persisterende ongezonde levenswijze. Het verkrijgen en aanhouden van een gezonde levensstijl blijft moeilijk voor deze groep van mensen. De beslissing om je levenswijze te veranderen of levenslang medicatie te nemen, is er één die door de patiënt moet gemaakt worden. De behandeling en diens doelstellingen moet aldus door de arts in samenwerking met de patiënt opgesteld worden. De EUROASPIRE papers toonden dat zowel de patiënt als de arts onvoldoende aandacht besteden aan risicofactoren zoals voeding, beweging en roken.

Waarom doen we het niet goed (genoeg)? Navraag bij artsen over de hiaten betreffende advies en opvolging van levensstijl werd reeds bevraagd en beschreven in de literatuur [4,10,12,13,14]. The European society of Cardiology (ESC) vatte de bestaande resultaten samen: De Europese huisartsen hebben weet van het bestaan van de richtlijnen echter slechts 36-57% gebruikt ze in de praktijk. In de enquêtes wordt tijd als de voornaamste reden opgegeven. Daarnaast ervaren zij ook een danig grote hoeveelheid aan richtlijnen betreffende cardiovasculaire preventie en onrealistische doelwaarden van risicofactoren. De tool voor het opstellen van een risicoscore is ook onvoldoende gekend [4]. Een andere studie hield een enquête in 5 Europese landen over de houding van de huisartsen ten opzichte van de richtlijnen en in het bijzonder over de richtlijn hypercholesterolemie. Naast opnieuw tijdsgebrek kwamen hier ook de kosten voor de patiënt en gebrek aan therapietrouw naar voor [14].

Michele Heisler benoemt mogelijke factoren die aan de basis liggen van gebrek aan therapietrouw bij de patiënt: onvoldoende kennis over aandoening en behandeling, gebrek aan zelfvertrouwen of competentie, onvoldoende sociale ondersteuning om de gedragsverandering door te voeren, financiële problematiek of fysieke onmogelijkheid [13].

Alternatieve interventies – *peer support*

Verschillende bronnen hebben alternatieven beschreven i.p.v. de traditionele didactische manier van informatie overdracht van arts naar patiënt [13, 15-17]. Naast ondersteuning via mobiele telefoon of therapeutische educatie door gezondheidsmedewerkers (diabeteseducatoren, beweegcoaches en diëtisten) kan men ook beroep doen op *peer support* [13, 15-18].

Een recente review (2016) beschreef de resultaten van verschillende studies waarbij men het gebruik van tekst berichten en/of mobiele app' s evalueerden bij de preventie en behandeling van CV ziekten. Er zit veel potentieel in het gebruik van de gsm en zijn functies. De meeste artikels namen therapietrouw als primaire uitkomst en gebruikten het sturen van tekstberichten als interventie. Patiënten waren zeer tevreden en participeerden meer in vergelijking met het gebruik van een gezondheidsapp. Echter het versturen van gepersonaliseerde berichten is tijdsintensief en bovendien is het moeilijk om conclusies te trekken over de effectiviteit van deze interventie op lange termijn. De eindpunten hospitalisatie en mortaliteit werden niet beïnvloed [15].

Het intensief opvolgen (zoals één op één communicatie met arts of gezondheidsmedewerker of telefonische ondersteuning) van een patiënt met een cardiovasculair hoog-risico is effectief. Deze interventies zijn echter arbeidsintensief, tijdrovend en vragen veel werkkrachten. Hierdoor kan het in de praktijk onpraktisch worden [13]. De arts-patiënt relatie is zeer belangrijk, echter tijdsdruk, afname van de hospitalisatieduur en snel groeiende medische ontwikkelingen en technologieën zetten deze

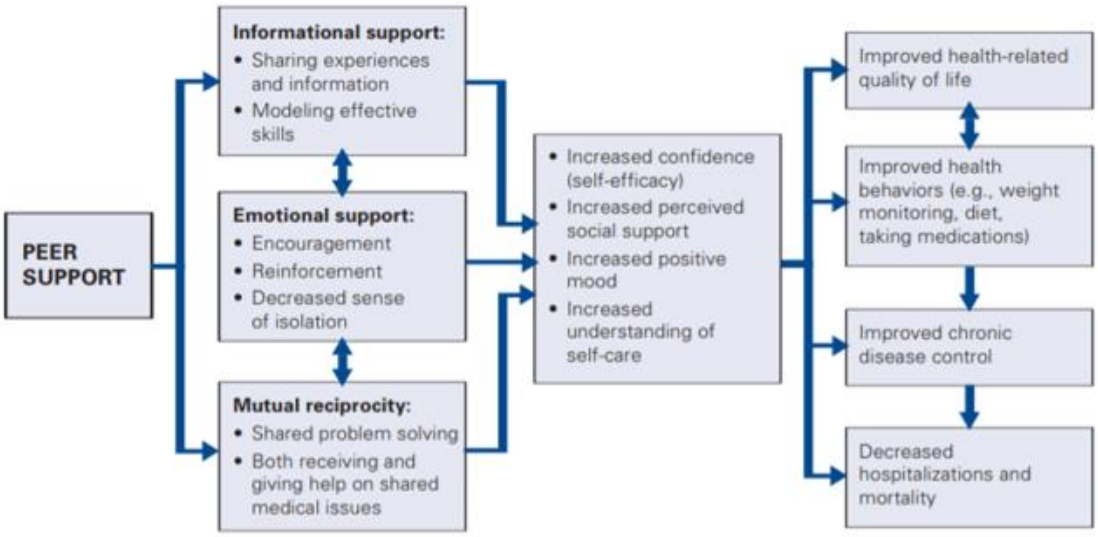
interpersoonlijke communicatie tussen arts en patiënt onder druk [18]. Interventies zoals *peer support* kunnen hier een aanvulling op zijn.

Peer support wordt gedefinieerd als het verlenen van emotionele en deskundige hulp en informatie door iemand met dezelfde aandoening of gemeenschappelijke kenmerken. De kennis die deze verleent is gebaseerd op eigen ervaringen, handelingen en moeilijkheden over een aan gezondheid gerelateerd onderwerp [13, 18]. *Peer groups* kunnen voorgezeten worden door een deskundige of door een lid van de *peer group* zelf. Sociale relaties hebben een positief effect op het psychisch welzijn, het behouden van een goede gezondheid en op herstel van chronische aandoeningen. De WHO formuleert zelfs het promoten van sociale relaties als een gezondheidsstrategie [18].

Onderzoek naar *peer support* bij chronische somatische aandoeningen werd voornamelijk gedaan bij patiënten met diabetes mellitus. Kwalitatieve studies wijzen op de waarde die patiënten hechten aan het leren uit de ervaringen van anderen en het krijgen van uitleg in eenvoudige taal. Focus van deze studies ligt vooral in het krijgen van sociale steun eerder dan educatieve voordelen [17]. Randomized controlled trials konden dan weer aantonen dat peer support kan leiden tot betere therapietrouw voor medicatie, dieet, beweging en glucose monitoring met betere controle over de ziekte tot gevolg [16].

Michele Heisler vat de onderliggende mechanismen en uitkomsten van *peer support* samen in volgende figuur [13]:

Figuur 1: How Peer Support Can Improve Chronic Disease Outcomes volgens Heisler 2006



Heisler beschrijft dat peer support leidt tot meer zelfvertrouwen, meer notie van zelfzorg, steun van anderen op sociaal en emotioneel vlak en kennis verwerving [13]. Naast het krijgen van sociale steun zorgt het geven ervan ook voor aanzienlijke gezondheidsvoordelen [13, 16].

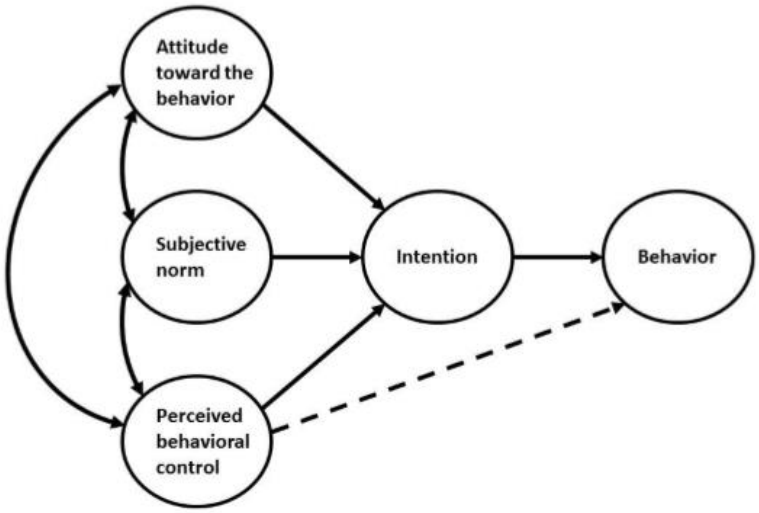
Gedragsverandering – *Theory of planned behavior*

Wat maakt dat iemand zijn gedrag gaat veranderen en een andere levensstijl gaat aannemen? De *theory of planned behavior* van Icek Ajzen stelt dat de intentie de centrale factor is voor gepland gedrag [19,20]. Het is een gekend model voor gedragsverandering waarop acties in de gezondheidspromotie gestaafd worden. Er zijn 3 precursoren die leiden tot de intentie om het gedrag te veranderen:

1. De houding ten opzichte van het gedrag: het belang dat aan het gedrag en het effect ervan wordt gegeven. De eigen positieve of negatieve evaluatie van het gedrag.
2. De subjectieve norm: hoe de omgeving over dat welbepaalde gedrag denkt.
3. De bekwaamheid van de persoon: de ingeschatte vaardigheid om het vooropgestelde gedrag uit te voeren.

Algemeen kan men stellen dat hoe gunstiger de houding en de subjectieve norm omtrent een bepaald gedrag is, hoe groter de bekwaamheid en de intentie van een persoon zou moeten zijn om een gedrag te stellen.

Figuur 2: The theory of planned behavior volgens Ajzen 1991



Conclusie na literatuuronderzoek

Literatuur overspoelt ons met de positieve effecten van een gezonde levenswijze op de harde eindpunten en dit vooral in secundaire preventie van CV aandoeningen. Richtlijnen zijn talrijk voorhanden (ESC, KCE) en praktisch uitgeschreven (Domus Medica). Ondanks deze richtlijnen en bewijs in reductie van mortaliteit blijven de resultaten in de praktijk uit. Het verkrijgen en aanhouden van deze levensstijl blijft immers moeilijk. De verklaringen hiervoor zijn complex en multi-factorieel. Zoals vermeld in de review, gepubliceerd in het *Central European Journal of Public Health,* staan wij voor een uitdaging [6]. Praktische richtlijnen vertalen naar een levenswijze die aantrekkelijk lijkt voor mensen. In deze masterproef geef ik geen antwoord of een bepaalde methodiek superieur is, maar onderzoek ik een mogelijk alternatief voor de klassieke levensstijladviezen van huisarts aan patiënt: Kunnen peer sessies met hoog risicopatiënten waardevol zijn als onderdeel van de cardiovasculaire preventie in een huisartspraktijk?

5 Methodologie

5.1 Interventie

De interventie bestond uit 3 sessies van telkens ongeveer 90 minuten waarin enkele thema's voorgelegd en besproken werden in groep. De thema's voor de sessies werden ondersteund door materiaal van Domus Medica en van het Expertisecentrum Voor Gezondheidsbevordering & Ziektepreventie Vigez (www.gezondleven.be). Er werd gebruik gemaakt van foto materiaal, enquêtes, PowerPoint presentatie, krantenkoppen en flyers als voer voor groepsgesprekken. Concreet was dit een poster en flyers van de bewegings- en voedingsdriehoek, een folder van hun project omtrent 10.000 stappen beiden ontworpen door Vigez. De enquête kwam uit de gezondheidsgids van Domus Medica. De groep bestond uit 15 personen die een globaal medisch dossier (GMD) hadden in de praktijk met allen een (secundair) hoog cardiovasculair risico. Zij waren alle 3 de sessies aanwezig met uitzondering van 1 persoon die enkel de eerste sessie aanwezig was.

5.1.1 Verloop

Sessie 1
Eerst gaf ik duiding over de groepssessies in kader van deze thesis vervolgd door een korte inleiding over hart- en vaatziekten, atherosclerose, de risico score en niet-medicamenteuze behandeling. Er waren 15 deelnemers. Stelselmatig namen enkele deelnemers het woord en kwam een groepsgesprek op gang. Er werd lang gepraat over het belang van een diagnose voor de patiënt en het tekort aan uitleg. 2 getuigenissen over het moment waarop de diagnose werd uitgesproken en de gedachten en gevoelens die er toen door hen heen gingen. Daarnaast werd het onderwerp voeding al een eerste keer in de groep opgeworpen en de moeilijkheden die deelnemers hiermee ondervinden: "*Som eens iets op dat én gezond én lekker is?*"

Sessie 2
De tweede sessie ging vooral over voeding. Er waren 14 personen aanwezig. Deze sessie verliep beter dan de eerste. In die zin dat het meer een groepsgesprek begon te vormen in tegenstelling tot de persoonlijke medische kwesties van de eerste sessie. Het merendeel van de deelnemers vond dat zij reeds een gezonde levensstijl hadden als het op voeding aankwam. Doch ook ongezonde levensstijlgewoonten kwamen aan bod. Er werd al eens een opmerking gemaakt over elkaars eetgewoonten. Onduidelijkheden over het ontstaan van suikerziekte werden verklaard alsook de zin en onzin over koolhydraten, goede (onverzadigde) en de slechte (verzadigde) vetten. Ook onderwerpen als duurzaamheid betreffende seizoen groenten en -fruit, uit eten gaan, alleen moeten eten of in gezelschap kwamen aan bod. De groep concludeerde: Met mate eten is nog altijd het beste. Het concept van voedsel afhalen of kant en klare maaltijden is nog niet ingeburgerd in deze 60+ groep. Er werden heel wat opmerkingen gegeven op het eetgedrag van jongeren. Alcohol wordt wel erkend als calorierijk, maar schrappen in het dieet is moeilijk.

Sessie 3
Deze sessie ging over beweging waarbij de klemtoon gelegd werd op een algemeen 'actieve levensstijl' eerder dan 'sport'. 14 personen waren aanwezig. Er werden persoonlijke voorbeelden gegeven van sportactiviteiten. Ook getuigenissen over moeilijkheden om te bewegen.

Algemeen wanneer het gesprek stilviel bracht ik een nieuwe slide aan als gespreksonderwerp. Uiteindelijk werden alle slides getoond. Gesprekken vielen relatief snel stil.

5.1.2 Rekrutering van de deelnemers

In de praktijk werd aan de hand van opsporing, via het elektronisch medisch dossier, patiënten geselecteerd met een cardiovasculair hoog risico. Deze patiënten werden uitgenodigd door de GMD arts om deel te nemen aan de interactiegroep. De inclusiecriteria waren het naar de praktijk komen en engagement voor de drie sessies. Een andere voorwaarde voor de rekrutering was dat de artsen in de praktijk de cardiovasculaire score en de voorgeschiedenis van elke patiënt correct invulden zodat de selectie vanuit het programma CARE-CONNECT vlot verliep. Hiervoor werd aan de collega's van bij de voorstelling van deze thesis een extra inspanning gevraagd. De patiënten ontvingen een informatie- en toestemmingsformulier van hun GMD arts. Daarna werden zij telefonisch door mij gecontacteerd. Het doel van vijftiental patiënten werd behaald. Er waren 9 mannen en 6 vrouwen tussen de leeftijd van 57 en 80 jaar. De gemiddelde leeftijd was 71.5 jaar en de mediaan was 72.5 jaar. Er waren 4 deelnemers met een acuut myocardinfact in hun medische voorgeschiedenis. 3 hadden een CABG[2] gehad en 4 PTCA[3]. 1 persoon had een endartrectomie van de arteria femoralis communis en 1 persoon had een femoropopliteale bypass. 1 iemand had een CVA doorgemaakt. Daarnaast hadden 10 van de 15 deelnemers diabetes mellitus type 2, 9 arteriële hypertensie en 5 hypercholesterolemie.

5.1.3 Setting

De sessies vonden plaats in een cirkel in de wachtzaal van de praktijk op donderdag namiddag en duurden ongeveer 90 minuten. Op dat moment waren er geen consultaties aan de gang. Er was een beamer voorhanden om beeldmateriaal, stellingen, fictieve voorbeelden etc te projecteren. Ikzelf als 9^{e} jaars HAIO was aanwezig als moderator van de interactiegroep.

5.2 Evaluatie van de interventie: Realist Evaluation

5.2.1 Realist impact evaluation - CMO hypothese

Er werd besloten een kwalitatief onderzoek te doen volgens Realist Evaluation. De grondleggers van deze methodiek zijn Pawson and Tilley in 1997. Artikels alsook enkele bestaande studies werden bestudeerd. PubMed werd als databank hierbij gebruikt met de key-words: realist evaluation.

Bij ***Realist evaluation*** tracht men het onderliggende mechanisme te zoeken welke verklaart waarom net deze uitkomst werd bekomen en welke invloed de context hierin heeft gespeeld. Het is een theorie-gebaseerde benadering waarbij men begint met een initiële onderzoekshypothese. Hiermee wil men geen antwoord bekomen op de vraag of iets al dan niet werkt, maar wel op de vraag: 'wat werkt, voor wie, in welke context, en wat heeft daarvoor gezorgd'. Of een bepaald mechanisme zich voordoet en werkt, hangt af van de context op dat moment. Hetgeen deze evaluatie onderscheidt van andere theorie-gebaseerde benaderingen is de veronderstelling dat niet alles altijd werkt voor iedereen. De context waarin een bepaalde uitkomst zich voordoet maakt werkelijk een verschil. In

realist evaluatie is dit beter gekend onder de context-mechanisme-outcome configuratie (CMO) [21,22].

De term *outcome* of uitkomst slaat op de verandering die uit een interventie voortkomt. Deze uitkomst kan initieel al voorspeld zijn in de hypothese maar kan ook later na de interventie worden opgenomen. Naast de term *realist evaluation* spreek men ook van *realist impact evaluation.* De 'impact' verwijst dan vooral naar verandering voor de persoon zelf en verandering in zijn leven, in het bijzonder lange termijn veranderingen. In deze masterproef observeer ik de verandering naar een gezonde levenswijze en welke mechanismen deze teweeg brengen in de context van een peergroep.

De realistische benadering is geschikt voor het evalueren van nieuwe initiatieven die blijken te werken maar waarvan men nog niet weet waarom en wie hier voordeel uit haalt. Daarnaast kan het helpen inzicht te verwerven hoe men een interventie kan uitbreiden naar andere contexten. Tot slot kan men deze benadering gebruiken in het evalueren van een studie met een niet-conclusief resultaat. Zo kan men na gaan wat er heeft voor gezorgd dat er verschillende resultaten bekomen werden [21,22].

Opstellen van het CMO configuratie

De initiële onderzoekshypothese is gebaseerd op de literatuur, eigen ondervinding, kennis of veronderstelling. De hypothese bestaat uit de 3 elementen van de CMO configuratie.

Zoals reeds eerder besproken in 'the theory of planner behavior' van Ajzen is voor het verkrijgen van een gezonde levenswijze de intentie belangrijk, het belang dat aan het gedrag wordt gegeven en aan het effect ervan, de houding van de omgeving en de eigen inschatting een gezonde levenswijze aan te nemen. Als we kijken naar het artikel van Michele Heisler over hoe *peer support* de uitkomst bij chronische ziekten kan verbeteren verwachten we dat het delen van informatie, verlenen van emotionele steun , de wederkerige relatie en de non-hiërarchie in de groep onderliggende mechanismen zijn en leiden tot meer zelfvertrouwen, meer zelf-zorg en een gezonde levensstijl.

Samengevat wordt volgende onderzoekshypothese opgesteld volgens de CMO configuratie:

(C) Mensen met een cardiovasculair hoog risico in de gekende setting van de huisartspraktijk

(M) samen brengen en interactie creëren rond de onderwerpen beweging en voeding

(O) leidt tot het verkrijgen en/of volhouden van gezonde levensstijl

Als we het onderzoek van Ajzen en Heisler integreren, wordt de onderzoekshypothese opgedeeld in meerdere lagen:

Mechanisme: samen brengen en interactie creëren rond de onderwerpen beweging en voeding	Verlenen van emotionele steun
	Wederkerige relatie
	Non-hiërarchie
Outcome: leidt tot het verkrijgen en/of volhouden van gezonde levensstijl	Meer zelfvertrouwen
	Meer zelfzorg
	Gezonde levensstijl
	Verandering in intentie
	Verandering in belang van het gedrag en het effect ervan
	Verandering in eigen inschatting om een gezonde levensstijl aan te nemen

5.2.2 Gegevens verzameling

Voor het evalueren van de groepssessies en het toetsen van de hypothese werd er beroep gedaan op semigestructureerde interviews met enkele van de deelnemers.

Aan het eind van de laatste sessie werd er een lijst doorgegeven waarop elkeen met interesse voor een interview zijn gegevens kon noteren. 6 personen kwamen naar voor. Daarna werden zij persoonlijk opgebeld en werd er praktisch afgesproken. De interviews vonden individueel plaats, vijf daarvan in de consultatieruimte en één bij de patiënt thuis. De stoelen bevonden zich in een niet-frontale opstelling. Het geluid werd opgenomen met een camera. Van de audiobestanden werd manueel een transcriptie gemaakt.

De interviews duurden 1 tot 1.5 uur en waren semigestructureerd. Ter voorbereiding werd een topiclijst opgesteld met de CMO configuratie als kader. De vragen werden opgesteld met de theorie van Ajzen en het model van peer support van Michele Heisler indachtig. Bij kwalitatief onderzoek is het belangrijk dat de onderzoeker flexibel is en probeert spontane antwoorden uit te lokken. Enkele vuistregels werden toegepast [22-24]:

- Er werd eerst begonnen met de makkelijke en daarna pas de moeilijke vragen.
- De richtvragen waren eerst algemeen waarna er werd overgeschakeld naar dieptevragen.
- Eerst werden meer neutrale onderwerpen aangehaald, daarna meer gevoelige.
- Afhankelijk van het antwoord werd dieper ingegaan op emoties of gedachten.

Enkele algemene vragen die gesteld werden, zijn ‘Wat maakt dat je alle drie de sessies gekomen bent?’, ‘Welk gevoel had je daarbij’, ‘Wat deed dit met jou?’. Een vraag die gesteld werd in verband met de context was ‘Met gelijkgestelde mensen praten, kan je daar iets meer overzeggen?’. Een vraag in verband met het mechanisme was ‘Ik merkte dat er veel ervaringen en verhalen gedeeld werden. Is het geven van sociale steun voor jou even waardevol als het krijgen?’. Tot slot was een vraag in verband met de outcome ‘Ziet je omgeving dat er iets veranderd is aan jou?’ en ‘Wat neem je mee uit de sessies?’. De volledige topiclijst is toegevoegd als bijlage 5. Naar mate de interviews vorderden werden bepaalde antwoorden van deelnemers opgenomen in de topiclijst om deze ook te toetsen bij anderen.

5.2.3 Analyse van de data

De audiobestanden werden manueel uitgetypt. Vervolgens werden de letterlijke transcripties opgeladen en kwalitatief verwerkt met behulp van het programma Nvivo 12. De quotes van de geïnterviewden kregen een code toegewezen (*nodes*) conform met de CMO configuratie. Het resultaat van het linken tussen de *nodes* is te zien in de grafiek.



5.3 Ethisch aspect

Na een literatuurstudie met duidelijkheid over het gekozen onderwerp met studieopzet, was een goedkeuring van het Ethisch Comité noodzakelijk. Na het volgen van een infosessie 'Opstellen van een protocol voor de ethische commissie' te UZ Gent, werd een aanvraag ingediend bij het Ethisch Comité van UZ Gent. Dit bevatte het protocol van het onderzoek, een informatieformulier voor de deelnemers alsook de informed consent. Er werd een positief advies gegeven op 04/04/2018 (zie bijlage 2). De GMD arts nodigde de patiënt uit. In het informatie- en toestemmingsformulier werd de deelnemer reeds gewezen op het doel, de opzet, de deelname op vrijwillige basis en de vrijheid zich terug te trekken uit deze interventie. Tijdens de eerste groepssessie werd dit nogmaals herhaald waarna de informed consents werden ingevuld (zie bijlage 3). Tijdens de interviews werd aangehaald dat dit onderzoek volledig anoniem werd verwerkt.

6 Resultaten

De resultaten worden onderverdeeld volgens de CMO configuratie. Naast de informatie uit de 5 interviews worden ook eigen observaties van tijdens de interventie vermeld. Quotes van deelnemers worden telkens vooraf gegaan door initialen en zijn cursief gedrukt.

6.1 Context

6.1.1 Deelnemers

Gelijkaardige achtergrond

Hoewel ik hier verwachtte dat dezelfde medische achtergrond van de deelnemers bepaalde mechanismen zou triggeren, waren de meningen verdeeld. Niet zo zeer de achtergrond van een cardiovasculaire aandoening was belangrijk maar eerder het feit dat de deelnemers allen een medische voorgeschiedenis hadden. Vanuit die context ga je over dezelfde onderwerpen praten, hier over voeding en beweging, preventief als curatief. Daarnaast getuigt een deelnemer dat zijn aandacht voor gezonde voeding en beweging moet getriggerd blijven. R: "*En hoe kan dat anders dan daarover met gelijkgestemde mensen te praten. Als ik daar met mijn buurman over praat dan zal die misschien denken 'ja man, of dat jij nu appels eet of niet, wat interesseert mij dat'. Maar daar krijgt dat zijn speciale iets, omdat zij daar ook mee bezig zijn."* Een 'gezonde' persoon, zonder medische voorgeschiedenis, kan dan weer een voorbeeld zijn in de groep, maar een 'atletisch' persoon zou minderwaardige gevoelens kunnen uitlokken. Een deelneemster voelde zich ook minder betrokken aangezien zij de minste cardiovasculaire voorgeschiedenis had. M: "*Ale, ik had nog nooit een hartaanval ofzo gehad."* Tijdens de sessies werd er weinig ingegaan op ieders persoonlijke voorgeschiedenis. Vooral het huidige voedings- en bewegingspatroon met de hinderpalen waren voer tot gesprek. Tijdens de toelichting over cardiovasculaire ziekten bij aanvang van de eerste sessie waren er wel veel persoonlijke vragen met betrekking tot de eigen aandoening. Dit droeg echter niet bij tot het groepsgesprek.

Verschillende leeftijden van de deelnemers

De context van de verschillende leeftijden brachten de deelnemers zelf aan tijdens de interviews. Zo komen er verschillende problemen aan bod, eigen aan de leeftijd. M: "*Ik heb altijd gedacht als ik ouder word, ga ik die dingen blijven ervaren zoals ik 50 ben. Maar dat is zo niet."* Het praktisch probleem kwam aan bod inzake inkopen doen waarbij jongere gezinnen vaak tijdsgebrek ondervinden. Kant en klare maaltijden of afhaal eten bracht ook enige discussie met zich mee. Mobiliteitsproblemen en afhankelijkheid van anderen waren problemen eerder eigen aan toenemende leeftijd. Een mening daarnaast was dat je bepaalde problemen kan krijgen op 70 jarige leeftijd maar evengoed op 40 jarige leeftijd. Daarnaast triggerde de context van verschillende leeftijden het mechanisme van zich te vergelijken met anderen (zie verder 6.2.4).

6.1.2 Grootte van de groep en groepssfeer

Er was unanimiteit over de voordelen van praten in kleine groep. Het zorgt voor intimiteit en meer contact met elkaar. M: *"Er kwamen meer zaken aan bod die anders geen aandacht zouden krijgen."* Kleine groepen stimuleren om zelf meer te praten. *H: "Ik denk moest het een kleinere groep geweest zijn, had ik meer gezegd."* Op heden bestond de groep uit 15 personen. R: "*Het viel nu mee omdat er een aantal mensen niets zeiden maar als je een gesprek krijgt met de volle 15 mensen zou dit niet lukken. 10 zou ik een mooi aantal vinden."* Een grotere groep zou de deelnemers laten dichtklappen, naast het feit dat niet iedereen aan bod komt. Echter in een te kleine groep zou er minder voer voor gesprek en weerklank kunnen zijn, meent een deelnemer.

Daarnaast was er tevens unanimiteit over de groepssfeer. *E: "Het was gemoedelijk. Er lag niets vast. Je kon zeggen wat je wou."* Een positieve sfeer draagt bij tot het contact met elkaar en vooral ook tot de eigen gevoelens. E: "*Als we buiten kwamen uit de sessie was iedereen content."* H: *" Ik was positief denk ik. En goedgezind. Dat was opvallend. Iedereen was goedgezind".* Het was een goed samengestelde groep waarbij het evenwicht tussen praters en luisteraars goed zat. Niemand nam de overhand. De onderwerpen waren ervaringen van deelnemers zonder opsmuk. Tijdens de sessies waren er veel helpende handen en was iedereen uiterst op tijd aanwezig zodat een babbeltje vooraf mogelijk was. Ik had het gevoel dat er nog enkele sessies nodig waren voor de groep om los te komen. Tijdens de interviews kwamen er allerlei ideeën naar boven van deelnemers zoals samen gaan wandelen, iets persoonlijks voorbereiden om over te praten, elkeen zich meer persoonlijk laten voorstellen.

6.1.3 Aanwezigheid van de huisarts

Eigen impressies

Algemeen heeft dit project mij nieuwe inzichten gegeven. Vooreerst heb ik zelf energie gehaald uit de groepssessies en de interviews. Het heeft de band tussen de deelnemers als patiënten en mij als arts gesterkt. Ik kreeg een fijn gevoel bij het horen van positieve feedback over mezelf en de interventie maar ook dat de deelnemers er zelf wat hebben aan gehad. Daarnaast was ik verrast van het enthousiasme en het plichtsbesef van de deelnemers. Het motiveert mij om tijdens het consult het onderwerp levensstijl aan te halen en erover te praten.

Beantwoorden van (medische) vragen

Hoewel de opzet van de interventie een interactie groep was tussen de deelnemers, bleek uit de interviews dat de wetenschappelijke context zeer belangrijk was. De onderwerpen betreffende correcte informatie verkrijgen en het beantwoorden van vragen die in de groep werden opgeworpen, brachten alle geïnterviewden aan. H: "*Als er een vraag wordt opgeworpen, dat daar een correct antwoord op komt. Ja dat vind ik belangrijk."* Het gaf een positief gevoel. M: *"Ik voelde mij daar zeer goed bij. Je kon eens iets vragen aan u en je kreeg er een weerwoord voor."* Tijdens de interventie werden er veel (medische) vragen gesteld. Ik probeerde steeds de vragen terug te werpen in de groep om interactie aan te sporen, soms ook zonder al te veel succes (zie 5.1.1 Verloop van de interventie). R: "*Bv over de onverzadigde vetzuren; als daar dan niemand is die dat kan duiden en de ene zegt 'ik denk dat het dat is' en de andere zegt iets anders, dat is niet goed."*

Het mengen van de arts in de groep zonder belerend over te komen

De aanwezigheid van een arts als moderator werd goed onthaald. Naast het belang van de notie van betrouwbare informatie, is de manier waarop deze overgebracht wordt ook ter spraken gekomen. H: *"Eerlijk gezegd, je hebt nooit den dokter gespeeld en met de vinger naar iemand gewezen. Je hebt nooit gepreekt. En dat vond ik zeer positief."* Wat de deelnemers een goed gevoel geeft, is het feit dat de arts niet enkel een wetenschapper is met vakjargon. R: "*Je hebt de flair om deel uit te maken van de groep en toch je ding te vertellen en dit is wel belangrijk in deze context en niet op een podium te gaan staan en te vertellen hoe het wetenschappelijk is. Het is goed dat je in die context wetenschappelijke bagage hebt zonder dat je in een wetenschappelijk taal gaat verdwijnen die wij niet begrijpen maar dat is zeker niet gebeurd". Ik merkte dat eigen ervaringen erg geapprecieerd werden.* M: "I*k vond dat wel goed dat we van jou te horen krijgen dat je ook zondigt."* Aansluitend werd de geschiedenis van de arts-patiënt relatie door verschillende deelnemers aangehaald. E: *"Je moest oppassen dat je niet te veel zei enzo. Ik vind nu dat die meer tussen de mensen staan. Je staat er bij bv in je sport, of in het café praten ze mee. Vroeger stonden de artsen hier gelijk boven. […] Dat geeft een goed gevoel, dat je gewoon kan praten."* Daarnaast is een voordeel van de arts als moderator dat die thema's aanbrengt die op iedereen van toepassing zijn. Zonder de aanwezigheid van een professionele moderator zou er te veel gefocust worden op persoonlijke problemen.

6.1.4 Setting van de huisartspraktijk

De vooropgestelde hypothese omvat de gekende locatie van de huisartspraktijk. Dit was voor de deelnemers minder van belang dan initieel gedacht. Vooral de grootte en comfort van de locatie was van belang voor de deelnemers waarbij de ruimte moet afgesteld zijn op de groep. M: *Een zaal zou te groot geweest zijn. Nu was het intiemer en was er meer contact."* Echter 15 personen in de huidige wachtzaal was minder comfortabel. De cirkel was niet perfect gevormd waardoor sommigen elkaar niet goed zagen hetgeen nadelig was voor het gesprek. De soberheid van de praktijk kwam ook aan bod. R: *"Dan word je niet afgeleid. Als je direct naar buiten kan kijken dan ben ik direct afgeleid."* De afstand was geen probleem voor deze mobiele deelnemers.

6.2 Mechanisme

6.2.1 (H)erkenning

Één van de mechanismen die naar boven kwam, was het krijgen van **emotionele steun** in de zin van erkenning van je gevoelens. Naast het beantwoorden van je emotie is het **zich herkennen in andermans emoties** hier ook een mechanisme. Voornamelijk frustraties en schuldgevoel kwamen naar voor. *M: "hoe zij praatten over het feit hoe moeilijk het is hun pintje of koekske te laten, ik heb dat soms ook wel eens."* De gedachte dat je weet dat je er niet alleen voor staat maar dat er nog anderen zijn met dezelfde situatie geeft geruststelling en zelfvertrouwen. M: *"Er zijn nog anderen die dat ook hebben en ermee zitten. Dan ben ik gerust. Oke, ik ben niet in overdrive of dat aan het opkroppen."*

6.2.2 Interactie met anderen

Met elkaar praten

Iedereen beaamt dat de drijfveer achter hun deelname het praten met anderen is. Onderliggende mechanismen zijn: eigen mening of verhaal kwijtkunnen, wisselen van gedachten, luisterend oor zijn. R: *"Dat is ook de grootste reden dat je er nadien iets aan hebt, dat je erover kan praten. Dat het geen éénrichtingsverkeer is."* E: *"Ik was op mijn gemak, ik luister nogal graag naar wat er gezegd wordt. Ik ben niet zo ne prater die erboven wil komen."* Er was een getuigenis over het feit dat je niet altijd alles met je kinderen kan bespreken en dat een peergroep daar wel een uitgelezen situatie voor is. In groep over iets praten werkt meer stimulerend dan bij de dokter. Een factor hierin is de laagdrempeligheid. In een gesprek moet je loskomen en deze tijd heb je tijdens de peer sessies in tegenstelling tot het kwartiertje bij de dokter. Het groepsgesprek wordt ook aangevoeld als een sociaal gebeuren. Het wordt losgekoppeld van ziektebeleving.

Aanwakkeren van meer zelfvertrouwen

Zoals pas aangehaald zorgt herkenning in andermans verhalen en gevoelens ook voor meer zelfvertrouwen. M: *"Omdat je weet dat er nog anderen mensen zijn die in dezelfde positie zitten en dat je weet dat je er niet alleen voor staat. Want je denkt altijd dat jij de dupe bent en dat je alleen bent maar nu weet je dat er toch ook andere mensen zijn die dat ook hebben."* Daarnaast kunnen de getuigenissen van anderen een uitdaging vormen. Uitdagingen die positieve gevoelens aanwakkeren, meer zelfvertrouwen gaan geven. R: *"En gaandeweg had ik toch het gevoel van sociale controle maar meer in de zin van 'als die dat kan dan zou ik dat toch ook moeten kunnen'. Misschien is dit meer haantjes gedrag en is dit meer typerend voor mannen. Daartegenover staat een uitdaging en dat vind ik een prettig gevoel.[…] Terwijl als je daar met elkaar over spreekt, hoe banaal het ook is, dan krijg je het idee van 'daar moet ik iets meer mee doen'. En dat vind ik echt wel een surplus."* Maar ook uitdagingen die confronterend zijn (zie verder onder zich vergelijken 6.2.5) R: *"Dat mensen bewust met iets bezig zijn en daar open en bloot over praten. En daar fier over zijn anders zou zij dat nooit over zichzelf vertellen. Dat waren uitdagingen voor mij."* Met elkaar praten maakt dat je jouw standpunt in de groep uitlegt en daarop verder bouwt. R: *"Het feit dat je zelf je mening kan hebben. Dat vind ik belangrijk."*

Door middel van folders, fictieve voorbeelden en beeldmateriaal

In het verloop van de interventie bracht ik reeds aan dat de PowerPointpresentatie bedoeld was om onderwerpen aan te brengen indien het gesprek stilviel. Anderzijds brengt dit beeldmateriaal een mechanisme voort namelijk het zien van een fictief voorbeeld van een eetpatroon doet nadenken en wakkert discussie aan. *H: "Ja daar kwamen nogal wat reacties op. Het is altijd interessanter om te discussiëren."* Elke deelnemer bracht dit spontaan aan. H: *"Bv die dagindeling van die man, Ik ga dat niet strikt gaan volgen. […] Het leven van die persoon vanop de slide was zo ideaal. Niet dat we daar jaloers op waren. Ik toch zeker niet. Amai, die moet daar nogal veel voor doen, dat dacht ik."* Het viel mij op dat bij het zien van een fictief voorbeeld, de groep zich meer verenigde. Het groepsgevoel kwam naar boven. 'De groep' zou het zo of zo aanpakken. Daarnaast zorgt de verschillende media voor afwisseling. Variatie maakt dat de deelnemers niet verveeld geraken. Een deelnemer getuigde ook dat hij minder goed hoorde, maar indien gesteund met beeldmateriaal kon hij beter volgen. Wanneer je foldertjes uitdeelt en vraagt om dit even te lezen alvorens we erover gaan praten, wordt elkeen van de deelnemers betrokken. Indien er voldoende tijd en middelen voorhanden zijn, lijkt extra materiaal als gespreksonderwerp wel aan te raden. Ik gebruikte veel materiaal dat gratis te verkrijgen is via het Vigez. Indien je enkel deze folders en posters gebruikt, vraagt dit niet veel tijd.

6.2.3 Persoonlijke uitnodiging

Tijdens de interviews brachten de deelnemers zelf het belang aan van de persoonlijke uitnodiging door de arts. Verschillende onderliggende gedachten kwamen naar voor. H: *"Omdat Dr M. mij dat gevraagd had, wil dat waarschijnlijk zeggen dat dat wel goed is voor mij."* M*: "Ik dacht, toch het teken dat ze mijn profiel hebben bekeken […] ik ben toch interessant genoeg om daaraan mee te doen."* R: *"klik van er is iemand die bereid is met mij over een gezond leven te spreken."*

6.2.4 Zich vergelijken met anderen

Zoals eerder aangehaald bij de context factoren gaven de deelnemers zelf aan dat de verschillende leeftijden triggerden tot het vergelijken met anderen. Dit kon zowel neutraal, **motiverend** als **confronterend** zijn. R: *'Ik hoorde die persoon van 70j zeggen 'Ik fiets elke week naar Terneuzen' en dat is onnozel en banaal maar dan hoor je je tegen jezelf zeggen 'zou jij ook eens niet uit je kot komen en gaan bewegen?[…] Mensen zijn daar bewust mee bezig, ben daar ook eens bewust mee bezig.'* Een deelnemer uit de groep kan als **rolmodel** worden aanzien maar kan ook demotivatie in de hand werken. *M: "Ik ga die niet als rolmodel nemen, want ik weet dat ik dat niet ga halen omdat ik wel eens zou zondigen en dan voel ik mij nog slechter."* Daarnaast werd er opmerkelijk ook **uiterlijk vergeleken**. H: *"Ik vond dat ik er nog veel fitter uitzie dan bepaalde jongere mensen die daar zaten."* M: *"Je denkt dan oei, ga ik er binnen een paar jaar ook zou uitzien of ga ik mij ook zo voelen."*

6.3 Outcome

6.3.1 Tevredenheid

De geïnterviewden waren allen tevreden over hun deelname. Ook van andere deelnemers hoorde ik later persoonlijk of via de collega artsen positieve feedback. Sommigen zagen elkaar later terug op straat of in de wachtzaal en spraken tegen elkaar. Thuis werd er over de peergroep gesproken. De deelnemers hielden er een positief gevoel aan over. Tijdens de sessies merkte ik op dat iedereen goed gezind was. Er was een positieve groepssfeer. Dit werd ook beaamd in de interviews.

6.3.2 Intentie

De geïnterviewden gaven niet aan dat de deelname aan de sessies leidde tot grote veranderingen in hun levensstijl. Een deelnemer verwoordde dat de interventie wel mogelijks een **indirect of onbewust** effect had. H: "*zo direct kan ik moeilijk zeggen 'dat is veranderd' maar onbewust misschien dat ik toch meer nadenk en onbewust toch ook iets slecht zal laten en naar iets beters zal grijpen."* Deze opmerking suggereert dat de interventie wel een effect kan gehad hebben op de onderliggende factoren die gedrag beïnvloeden. De theorie van Ajzen beschrijft de componenten die leiden tot de intentie om gedrag aan te passen en feitelijke gedragsveranderingen. Ik heb dit model gebruikt om de outcomes van de interventie te beschrijven.

De eerste is de **houding ten op zichtte van de gedragswijziging**. In de sessie werd er een quote uitgesproken "Noem mij eens iets dat gezond én lekker is?". In het interview getuigde R: "*Eten en drinken zijn niet de enige vorm van genieten. En dat is er gekomen, of door de sessies of door wat er de laatste tijd gebeurd is, of met de ziekte (borstkanker) van mijn echtgenote. Maar dat is toch meer beginnen spelen. Er zijn nog andere vormen van genieten bv een tas thee of een goede tas koffie kunnen even goed zijn als een borrel."* **De ingeschatte vaardigheid** om dit te verwezenlijken werd bevraagd. *M: "Ik denk wel dat ik daar de discipline voor heb en de sessies bevestigen dat ik goed bezig ben en dat ik het ook moet aanhouden en mij zeker niet mag laten gaan. Na het overlijden van mijn echtgenoot heb ik veel diepvries dingen gegeten en nu is het toch al een tijdje dat ik opnieuw zelf kook en voor mezelf zorg."*

Daarnaast is **bewustwording** spontaan aan bod gekomen. R: "*Wat ik het belangrijkste vond in de sessies was dat het nu eens niet rechtstreeks over mijn gewicht ging, maar over mijn gezondheid. En nu is er een stukje bewustzijn gekomen van dat gewicht zal er wel komen als je een andere levensstijl hebt […] door anders te gaan bewegen en kleine zaken kan je tot een bepaald resultaat komen. En dat is nu ook aanvaardbaar voor mij."* Het feit dat anderen bewust met levensstijl bezig zijn, heeft **aangezet tot nadenken**. Nadenken over de huidige levenswijze, '*doe ik het goed?*' Nadenken of je een andere levenswijze wil aannemen H: *"Dat ik er over nagedacht heb. En dan zit ik met mijn filosofische discussie langer of korter leven en offers brengen of niet. En daar ben ik nog niet uit."* En tot slot nadenken over de gevolgen. R: *"Daar denk ik meer over na. Niet zozeer naar mezelf en mijn conditie toe maar het idee dat ik in een situatie terecht kom waarin ik hulpbehoevend word. Ik zou niet graag hebben dat mijn familie last met mij heeft."* Tot slot **de intentie** om te bewegen, om iets te veranderen kwam ook letterlijk ter spraken. M: "*Ik heb al gedacht, kijk M., je moet iets doen. Ik heb nog een pedalo voor in de zetel en heb dat al naar beneden gehaald. De intenties zijn er al en het staat er al."*

6.3.3 Zelfzorg

Een voorop gestelde *outcome* was meer zelfzorg. In de interviews kwamen enkele getuigenissen aan bod. M: *"Ik weet dat ik voor mezelf moet zorgen en mij graag moet zien op dat gebied.[…] Maar ik vind ook hoe je je voelt veel te maken heeft met voeding. Want als je hele dagen binnen zit en denkt ik neem wel een boterham, dan heb je geen fut genoeg om iets te doen. Terwijl als je moet koken dan moet je om boodschappen, dan moet je bezig blijven."* E: *"Gezondheid is wel belangrijk ja. […] Ik dacht wel 'ik ben goed bezig en ik ga dat zo verder doen'. Ik ga proberen om te blijven bewegen. En dat ik content ben dat ik 10j geleden volledig ben gestopt met alcohol te drinken."*

7 Discussie en conclusie

7.1 Context

Dezelfde medische achtergrond was geen issue voor de deelnemers. Wel het feit dat iedereen daar zat met dezelfde interesses en met de bereidheid om over voeding en beweging te praten. Uit de antwoorden van de geïnterviewden begrijp ik dat elke deelnemer wel 'iets' moet hebben, een reden om in de peergroep aanwezig te zijn. Die reden lijkt mij voornamelijk medisch. Een *peer* kan meer begrip hebben van een situatie en beter inspelen aangezien hij dit ook heeft meegemaakt of zichzelf hierin beter kan verplaatsen. 'Gezonde' personen, zonder comorbiditeiten, met interesse voor voeding en beweging kunnen een voorbeeld vormen maar anderzijds kunnen zij ook demotiverende gevoelens opwekken bij de anderen. Volgens mij kan de peergroep ook toegepast worden op of uitgebreid worden naar deelnemers met bv. artrosepijnen die moeilijkheden ondervinden om te bewegen, obesitas,…

Een belangrijke reflectie hier is de patiënten privacy. Door naar de sessies te komen, geef je jezelf bloot als patiënt met een cardiovasculaire ziekte. In het informatieformulier staat enkel in de titel dat dit een interventie is met patiënten met een cardiovasculaire aandoening. Tijdens de mondelinge uitleg bij de rekrutering werd dit herhaald. Tijdens de eerste sessie werd er uitleg gegeven over hart- en vaatziekten en werd de informed consent overlopen waarin staat dat alle gegevens gecodeerd worden in de scriptie. Echter door mensen met een specifieke morbiditeit uit te nodigen weten de deelnemers van elkaar dat ze een bepaalde ziekte hebben. Dit feit werd bij de uitnodiging niet goed uitgeklaard. Zij wisten bij aanvang ook de identiteit van de andere deelnemers niet.

De verschillende leeftijden van de deelnemers triggerde het mechanisme van zich vergelijken met anderen. Daarom lijkt het mij interessant om de groep zeker uit verschillende leeftijdsklassen samen te stellen. Een voorwaarde lijkt mij dan wel dat de leeftijden niet te uiteenlopend zijn, wil het mechanisme van erkenning en herkenning in verhalen en situaties van anderen optreden. De kans dat je bepaalde situaties meemaakt kan leeftijdsgebonden zijn. Algemeen als je de risicoscore bekijkt komt een primair hoog risico voor vanaf de leeftijd van 53 jaar bij mannen en 58 jaar bij vrouwen. Daarnaast was hier een beperking dat de peergroep doorging op donderdag namiddag. De deelnemers waren allen niet meer gebonden aan hun beroepsactiviteit. Als je leeftijden betrekt uit de actieve (werkende) bevolking, moet het tijdstip van de sessie zorgvuldig uitgekozen worden. De leeftijdscategorie 60+ leek

mij hier een goed samengestelde groep. De combinatie van deelnemers die wel nog hun beroepsactiviteit uitoefenen met zij op (pre)pensioen zijn, valt nog te onderzoeken. Deze vraag werd niet gesteld aan de geïnterviewden.

De groepssfeer moet ten aller tijde positief blijven. Er kwamen ideeën van de geïnterviewden om samen te gaan wandelen of te koken. In de toekomst zou een peergroep dergelijke activiteit kunnen uitvoeren om de groepssfeer erin te houden. De vraag werpt zich op wie deze groepsactiviteit dan begeleid? Dit kan een vrijwilliger zijn uit de groep of een externe persoon/organisatie bijvoorbeeld een georganiseerde wandeltocht. Financiering of inschrijvingsgeld zal ten laste van de deelnemer zelf zijn. Naast de algemene goede groepssfeer moet er ook een open sfeer gecreëerd worden waarbij iedereen zijn verhaal kwijt durft zonder oordeel. De moderator kan hier een belangrijke rol spelen. Deze kan de gesprekken wat leiden en vormen. Voorbeelden zijn normaliseren, vragen naar gelijkaardige ervaringen wanneer er geen reactie komt op een getuigenis of peilen naar andere meningen bij een sterk overtuigde opinie die de groepssfeer dreigt te veranderen. Ik probeerde zo goed mogelijk de gesprekken te lijmen en in elkaar te laten overvloeien. Wanneer je vermoedt dat de sfeer kantelt door een bepaald gespreksonderwerp is het wel goed om op de PowerPointpresentatie een nieuw thema te hebben klaarstaan om het over een andere boeg te gooien.

De groepsgrootte van 15 personen was net te veel. Een 10 tal personen bleek uit de interviews een beter aantal. Vooreerst was de ruimte van de wachtzaal te klein voor een perfecte kring van 15 personen waar iedereen comfortabel zit en elkaar ziet. Op heden waren er enkele individuen die weinig deelnamen aan het groepsgesprek waardoor er een 10 tal actieve sprekers waren. Dit was wel een goed aantal om het gesprek gaande te houden. Er was natuurlijk wel de ervaring van de groep van 15 personen. Wanneer iedereen deel neemt aan het gesprek lijkt een groep van 10 personen goed. Dit stimuleert tot praten. Een opmerking van een deelnemer was dat het gesprek misschien zou kunnen stilvallen als de groep kleiner was. Je zou enkele gespreksonderwerpen kunnen voorbereiden indien nodig. Dit heb ik gedaan ter voorbereiding van deze masterproef. Later in de interviews werd dit zelfs positief onthaalt en bracht dit bepaalde mechanismen voort.

Uit de interviews kan ik stellen dat de deelnemers graag een comfortabele ruimte wensen waarbij de ruimte is aangepast aan de groep. Een groep bestaande uit een 10 tal personen behoeft dus geen te grote ruimte. Dit zou zelfs nadelig kunnen zijn en het intieme karakter verloren laten gaan. Iedereen moet elkaar goed kunnen zien. De ruimte mag sober zijn zodat iedereen zijn volle concentratie bij het groepsgesprek heeft. In de informatiebrief stond de voorwaarde dat de deelnemer zelf naar de praktijk moest komen. Alle deelnemers waren nog mobiel en kwamen met de wagen of fiets. Één iemand kon zich enkel te voet verplaatsen maar woonde rechtover de praktijk. Één dame zei af op de uitnodiging wegens vervoersproblematiek echter zij woonde 2 dorpen ver van de praktijk. Algemeen kan je wel stellen dat patiënten voornamelijk geconcentreerd zijn rond de huisartspraktijk. Als de locatie aldus gekozen wordt vlakbij de huisartspraktijk, bereik je een grote populatie patiënten. Indien de praktijk beschikt over een (vergader)zaaltje of een voldoende grote wachtkamer is dit geschikt. Belangrijk voor de integriteit van de groep is wel dat zij niet gestoord wordt of dat de gesprekken niet buiten de ruimte gehoord kunnen worden. Bij een drukke agenda in de praktijk of geen geschikte ruimte is een locatie exterieur van de praktijk evenwaardig. Wederom is het budget hier een discussiepunt.

Tot slot is de context van de aanwezigheid van een arts mijn grootste interesse van de contextfactoren. Vooral de onderliggende gedachten van de deelnemers zijn interessant om mee te nemen als toekomstig arts. Ik hecht ook veel belang aan de arts-patiënt relatie. Deze is alleen al door de interventie gegroeid. Een goede arts-patiënt relatie draagt steeds bij tot een goede *outcome*. Daarnaast heb ik inzichten verworven hoe ik in de toekomst patiënten kan benaderen waarbij deze band nog meer gesterkt wordt. De aanwezigheid van de arts in de groep zorgde voor een goed gevoel bij de deelnemers. Zij waren zeker van correcte informatie hetgeen ze meermaals benadrukten. Ook de ruimte krijgen om vragen te stellen en direct daarop een (correct) antwoord krijgen, was een belangrijk issue. Patiënten hebben veel vragen en kunnen deze niet altijd stellen bij de dokter. Misschien wegens tijdsgebrek, omdat de arts zijn agenda opmaakt tijdens het consult of misschien omdat er een zekere gêne is van de patiënt uit. Vele patiënten in de consultatie vertellen mij ook dat ze vorige keer bepaalde zaken vergeten vragen zijn wegens de hoeveelheid aan informatie die op hen afkwam. Een peergroep waarbij een arts vragen kan beantwoorden wanneer ze zich stellen, wordt duidelijk heel goed onthaald bij de patiënt. Daarnaast als arts betekent dit wel dat je je moet inlezen over het onderwerp wil je aan hun verwachtingen voldoen. De voorbereiding van het maken van de PowerPoint en het beheersen van de inhoud ervan vraagt tijd. De deelnemers getuigen daarnaast over het feit dat een arts die tussen de mensen staat en niet met de vinger wijst tijdens de sessies hen een goed gevoel geeft. Net zoals duidelijke taal in plaats van vakjargon en de getuigenissen van de arts zelf. Dit maakt dat de relatie met de patiënt erop vooruit gaat, maar je stelt jezelf ook kwetsbaar op. Belangrijk is om je eigen grenzen hierin te bewaken.

Een belangrijk aspect in dit verhaal is de honorering van de arts voor de voorbereiding en het bijwonen van de sessies. Op 1/1/2016 werd het nomenclatuurnummer 102395 geschrapt. Dit was het supplement voor de realisatie van preventie ter gelegenheid van een consult. Het nomenclatuurnummer 109012 zorgt voor € 3,94 supplement tijdens een consult voor advies. Expliciet gezondheidspromotie is niet opgenomen in de conventietarieven. Via Nomensoft werden er verder geen honoraria gevonden op de zoektermen gezondheidspromotie, promotie of preventie. Een alternatief kan een andere professional zijn zoals een verpleegkundige. Deze samenwerking is in Nederland reeds goed gekend [25]. De paramedische ondersteuning door een verpleegkundige in de huisartspraktijk in België wordt geremd door de grote financiële hinderpaal. De wijkgezondheidscentra bieden hierop antwoord via het forfaitair systeem. Kijken we dan naar de niet-forfaitaire praktijken. De thuisverpleegkundige heeft een aparte nomenclatuurregeling echter deze geldt enkel voor technische zaken. Er is één uitzondering namelijk eenmaal per jaar kan een 'verpleegkundig consult' aangerekend worden. Hierin worden de gezondheidsproblemen van de patiënt in kaart gebracht en zorgdoelen geformuleerd. Een verpleegkundige kan een dergelijk verpleegkundig consult in de huisartsenpraktijk echter niet aanrekenen. Enkele nomenclatuurnummers kunnen wel gebruikt worden door een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, werkzaam op zelfstandige basis, maar het gaat om minimale tegemoetkomingen voor het toedienen van medicatie en eenvoudige wondzorg die onvoldoende zijn om het totale kostenplaatje van een verpleegkundige te financieren. De arts is aldus genoodzaakt om een deel van zijn honorarium te spenderen aan de loonlast. Tot slot zijn tegemoetkomingen via Impulseo II en III uitsluitend voor administratieve ondersteuning. Algemeen zijn er nog onduidelijkheden over de vergoeding van verpleegkundige akten, het gebruik van artsennomenclatuur voor verpleegkundige prestaties en de Impulseo toelage voor louter administratieve taken. Het invoeren van een verpleegkundige nomenclatuur voor prestaties in de

eerste lijn, lijkt de meest voor de hand liggende maatregel [26]. Echter, dit zou enkel een oplossing zijn indien een verpleegkundige moderator is.

7.2 Mechanisme

De drijfveer van de deelnemers was de interactie met anderen. Mensen willen hun verhaal kwijt kunnen, bevestiging zoeken in verhalen van anderen. Zoals reeds in de Euroaspire papers beschreven staat, is de traditionele didactische manier niet altijd voldoende om gedragswijzigingen door te voeren bij alle patiënten met een hoog cardiovasculair risico. Dit is te zien in ontoereikende metabole controle net als de andere cardiovasculaire parameters. Een alternatieve methode zoals *peer support* kan deze outcomes onrechtstreeks verbeteren. Het gaat hier om een sociaal ondersteuningssysteem naast het informatieve kader. Het mogelijke voordeel van *peer support* is dat het vooral focust op de impact van de ziekte in het dagelijks leven los van enkel de medische informatie over de aandoening. Eén van de geïnterviewden verwoorde dit alsof hij eerder het idee had dat dit een sociaal gebeuren was. Hij voelde zich helemaal niet ziek op dat moment. De mechanismen achter dit sociaal ondersteuningssysteem kwamen aan bod in de interviews. Een dame getuigde dat het meer zelfvertrouwen gaf. Namelijk herkenning in andermans verhalen en gevoelens laat zien dat nog anderen een gelijkaardig probleem hebben. Je niet alleen voelen met je problemen, weten dat je er niet alleen voor staat is hier een belangrijk onderliggend mechanisme. Daarnaast kunnen getuigenissen uitdagingen vormen en zelfvertrouwen geven dat bepaalde doelen toch haalbaar zijn. Deze verhalen kunnen ook omgekeerd werken en demotivatie in de hand werken. Wat opvalt is dat mensen strenger zijn voor zichzelf dan voor anderen. Zich herkennen in en het beantwoorden van de gevoelens van anderen vormt meestal geen probleem. Eigen emoties daarentegen worden vaak streng verwoord. De groep is een laagdrempelig medium om iets bespreekbaar te maken. Voorwaarden daarvoor zijn reeds besproken in de contextfactoren namelijk een goede groepssfeer en het feit dat iedereen daar zit met dezelfde interesse vanuit zijn aandoening. Falen bespreekbaar maken, zou een topic kunnen zijn voor de *peergoep*.

Zoals eerder aangehaald was het voorbereiden van enkele thema's door middel van verschillende media (de PowerPointpresentatie evenals de folders en ander beeldmateriaal) initieel bedoeld om mezelf te steunen als moderator. Het gaf een leidraad aan het groepsgesprek maar het gaf ook mij een gerust gevoel. Ik wist wat te doen wanneer het gesprek niet meer vlotte. Het zien van deze voorbeelden creëerde inderdaad veel discussie en deed de deelnemers nadenken. Ze vergeleken met hun eigen dagindeling, bewegingspatroon en eetpatroon. Je kan stellen dat indien de gesprekken in de groep zeer vlot lopen, fictieve voorbeelden overbodig zijn. De deelnemers vergelijken en identificeren zich dan met de verhalen van de andere deelnemer. Echter ik had het gevoel dat bij het zien van een fictief voorbeeld de groep samen een mening vormde en dit het groepsgevoel aanwakkerde. Indien mogelijk raad ik het tonen van deze fictieve voorbeelden wel aan.

Het zou interessant kunnen zijn om een gespreksonderwerp te maken van 'het spiegelen in de leeftijd van anderen' aangezien de deelnemers hiermee bezig waren. Dit was duidelijk een issue. Hoe groot is het belang van uiterlijke vertoning en hoe ga je ermee om?

Tot slot was de persoonlijke uitnodiging door de arts een mechanisme op zich. Deelnemers voelden zich speciaal. Dit maakt dat de ingesteldheid bij aanvang al licht positief beïnvloed was. Praktische vragen spelen weer op. Als je iedereen van de praktijk een kans wil geven, moet je veel tijd vrij maken om persoonlijk contact te zoeken. Dit in tegenstelling tot een brief. Je kan de zoekfunctie van je medisch programma instellen op bepaalde voorwaarden en het versturen van de brief naar de bekomen namen uitbesteden. Hoe patiënten reageren op de persoonlijke uitnodiging door een secretaresse in naam van de arts kan nog geëxploreerd worden.

Het voorspelde mechanisme van non-hiërarchie werd niet als dusdanig genoemd maar is indirect wel naar voor gekomen. De setting was al zodanig dat er geen hiërarchie aanwezig was. Zo werd de arts niet als prekerig en alwetend ervaren, was er een goede groepssfeer waarbij het evenwicht tussen praters en luisteraars goed zat en had elke deelnemer een medische voorgeschiedenis van waaruit hij deelnam aan de peersessie.

7.3 Outcome

De positieve groepssfeer droeg bij tot de tevredenheid van de deelnemers. Het was algemeen een leuke ervaring zowel voor mij als voor de deelnemers. De peersessie gaf de deelnemers een goed gevoel. Zoals eerder aangehaald werden deze sessies los gekoppeld van het medisch gebeuren. Er kan ook gepraat worden over gezonde voeding en beweging als sociaal gebeuren, en iedereen heeft er achteraf een goed gevoel over.

Harde outcomes (veranderde levensstijl) heeft deze studie niet kunnen aantonen. Dit is moeilijk te verwachten na slechts 3 sessies zonder opvolging. Daarnaast is dit niet de bedoeling van *realist evaluation*. Wat wel duidelijk naar boven kwam was de intentie. Ajzen stelt de intentie als centrale factor met als beïnvloedende factoren de persoonlijke attitude, het idee van de omgeving en de vaardigheid van de persoon. Nog voor deze 3 precursoren denk ik zelf dat bewustwording een hele belangrijke outcome is: Bewust zijn dat er zich een probleem stelt en er willen over nadenken. Dit maakt misschien dat je eigen attitude ten opzichte van gezonde voeding en beweging gaat veranderen en dat je bewust bent welke gevolgen er zijn wanneer je de ongezonde levensstijl aanhoudt. Een deelnemer was zich bewust dat hij nog een hartaanval kon krijgen op deze manier. Hij was nog steeds aan het nadenken of hij zo wou verder leven maar mogelijks wel minder lang of dat hij offers wou brengen voor een langer leven. Dit is een voorbeeld dat bewustwording bijdraagt tot nadenken over iets en het vormen van je eigen idee. En dit draagt bij tot je intentie om iets te veranderen. Je eigen bewustzijn kan aanzetten tot nadenken maar zien dat anderen bewust bezig zijn met hun levensstijl, kan óók doen nadenken. Patiënten die absoluut niet gemotiveerd zijn tot levensstijlverandering, maar wel nieuwsgierig genoeg zijn om de groepssessies bij te wonen, vormen daarom ook goede kandidaten. Niemand zou geëxcludeerd mogen worden op basis van zijn of haar initiële ideeën over gezonde levenswijze.

7.4 Beperkingen van het onderzoek

7.4.1 Selectiebias

Bij het selecteren van de deelnemers werd er beroep gedaan op de zoekfunctie van CareConnect (cf eerder). Echter voornamelijk patiënten die in de twee weken volgend op de start van de selectie consulteerden, werden door hun GMD arts aangesproken. Om tot een totaal van 15 deelnemers te komen werden enkelen persoonlijk opgebeld die de praktijk niet geconsulteerd hadden. Daarbij maakte de GMD arts een subjectieve keuze uit de lijst. Ik informeerde achteraf waarbij vooral persoonlijk voordeel voor de patiënt en mondigheid voorop stonden.

7.4.2 Beperkte onderzoekspopulatie en data

De peergroep bestond uit 15 deelnemers. Om bepaalde mechanismen te triggeren, was 15 een goed aantal (zie resultaten). Echter om later interviews af te nemen, was dit een beperkte groep. 6 deelnemers werden vrijwillig geïnterviewd. 1 interview was niet bruikbaar. Saturatie van data werd aldus niet bereikt.

7.4.3 Bias door onderzoeker

Aan de hand van interviews werd de CMO hypothese na gegaan. Deze vorm van interviewen valt onder open interviewen. Het is een ongestructureerde vorm van interviewen, omdat het erom gaat dat er spontane antwoorden uitgelokt worden. Het is belangrijk dat de onderzoeker flexibel kan inspelen op de situatie en kan doorvragen. Het nadeel is wel dat dit een grote mate van training vereist van de interviewer. Ik zocht de vuistregels op in de literatuur en bereidde mij goed voor. Desondanks ben ik geen ervaren interviewer. Er was een evolutie te zien doorheen de interviews. Daarnaast zijn je resultaten ook sterk afhankelijk van de geïnterviewden. Gevoelens verwoorden of diepte vragen beantwoorden zijn niet voor iedereen even makkelijk.

Naast interviewer was ik tevens de moderator van de groepssessies. Tijdens het interviewen had ik al enkele voorbeschouwingen door het observeren. Dit maakte dat de keuze of verwoording van mijn vragen tijdens het interview niet onbevooroordeeld waren.

Algemeen had ik verschillende rollen tegelijk en dat is een nadeel: organisator, moderator, medisch expert, observator, interviewer en onderzoeker (analyse van de resultaten). Deze rollen vervloeien in elkaar en dat is een valkuil.

7.5 Conclusie

Algemeen kan ik stellen dat het organiseren van een peersessie en meer bepaald over voeding en beweging in de huisartspraktijk goed onthaald werd bij de deelnemers. Ook als arts heb ik een positieve ervaring achter de rug en nieuwe inzichten verworven inzake welke mechanismen bijdragen tot gedragsverandering. De arts-patiënt relatie gaat erop vooruit wat steeds bevorderlijk is voor de *outcome*. Peersessies organiseren vanuit de praktijk kan mogelijks bijdragen tot de preventie van cardiovasculair hoog risico patiënten. Verder grootschalig empirisch onderzoek zou kunnen bestuderen of deze vorm van gezondheidspromotie werkelijk een meerwaarde kan betekenen in de preventie en vergelijken met de traditionele manier van informatie overdracht tijdens het consult. Desalniettemin vraag de organisatie tijd en mankracht. Een financieel kader voor deze vorm van preventie in een niet-forfaitaire praktijk, is er heden nog niet.

8 Referenties

1. World Health Organization. *Cardiovascular diseases*. Beschikbaar via: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_14_deathHD.pdf (Geraadpleegd op 9-10-2018 en 16-04-2019)
2. European Heart Network. *European Cardiovascular Disease Statistics 2017.*Beschikbaar via:www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf (Geraadpleeg op 9-10-2018)
3. Evolutie sterftecijfers (2001-2016). Agentschap Zorg en Gezondheid. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-sterftecijfers-2001-2016 (Geraadpleegd op 16-04-2019)
4. Piepoli M, Hoes A, Agewall S et al. JOINT ESC GUIDELINES 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal 2016. 37: 2315–2381.
5. Van Vlaenderen I, Worrall J, Raza S, Colle A, De Vos C et al. Cardiale revalidatie: klinische doeltreffendheid en gebruik in België. KCE rapporten 140A. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg 2010. Beschikbaar via: file:///C:/Users/gebruiker/Documents/HAIO%201/masterproef/artikels%20literatuur%20studie/NIET%20AFDRUKKEN%20-%20KCE%20cardiale%20revalidatie%20in%20Belgie.pdf (Geraadpleegd op 9-10-2018).
6. Notara V, Panagiotakos D, Pitsavos C. Secondary prevention of acute coronary syndrome. Socio-economic and lifestyle determinants: a literature review. Cent Eur J Public Health 2014. 22(3): 175-182.
7. Gielen S, Laughlin H, O'Conner C, Duncker D. Exercise Training in Patients with Heart Disease: Review of Beneficial Effects and Clinical Recommendations. Progress in Cardiovascular Diseases 2015. 57 (4): 347-355
8. Vanhees L, Rauch B, Piepoli M, van Buuren F, Takken T et al. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular disease (Part III). Eur J Prev Cardiol 2012 Dec. 19(6): 1333-56.
9. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2016. 23(6):636-48
10. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2009. Vol 00 No 00: 1-17.
11. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2010. Vol 17 No 5: 530-540.

12. Hobbs R, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. Fam Practice 2002. 19: 596–604.
13. Heisler M. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Succes. California HealthCare Foundation 2006.
14. Bergman MB, Kranjc K, Reiner Z, Milakovic B, Stojanovic S. Drug therapy of cardiovascular risk factors: guidelines versus reality in primary health care service. Croat Med J 2005. 46: 984–989.
15. Park L, Beatty A, Stafford Z. Mobile Phone Interventions for the secondary prevention of cardiovascular disease. Progress in cardiovascular diseases 2016. 58: 639-650.
16. Heisler M. Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. Diabetes Spectrum 2007. Vol 20 No 4: 214-221.
17. Paul G, Smith S, Whitford D. Peer support in type 2 diabetes: a randomised controlled trial in primary care with parallel economic and qualitative analyses: pilot study and protocol. BMC Family Practice 2007. Vol 8 No 45: 1-13.
18. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. Int J Nurs Stud 2003. 40: 321–332.
19. Godin G, Kok G. The theory of planned behaviour: a review of it applications to health-relate behaviors. American journal of health promotion 1996. Vol 11 No 2: 87- 95.
20. Ajzen I. The theory of planned behaviour. Organizational behaviour and human decision processes 1991. 50: 179-211.
21. Bruno Marchal. Realist evaluation. Internet site Better Evaluation 2012. Beschikbaar via: https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation (Geraadpleegd op 21-11-2017)
22. Gill Westhorp. Realist impact evaluation: an introduction. Internet site methodslab 2014. Beschikbaar via: https://www.odi.org/publications/8716-realist-impact-evaluation-introduction (geraadpleegd op 21-11-2017)
23. Niek Reulink, Leonie Lindeman. Dictaat kwalitatief onderzoek. Internet site Radboud Universiteit 2005. Beschikbaar via: www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf (geraadpleegd op 21-11-2017)
24. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. Evaluation 2016. Vol 22 No 3: 342 – 360.
25. Van der Burgt MR, van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH. Eindhoven; februari 2015.
26. Olivier Vantomme. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact. Internet site Domus Medica 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/actueel/tijdschrift-huisarts-nu/huisarts-nu-2018-475-september-oktober/hoe-haalbaar-een (Geraadpleegd op 28-03-2019)

9 Bijlagen

9.1 Cardiovasculaire risicotabel (Domus Medica 2007)



9.2 Gunstig advies Ethisch Comité

Attz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Peter DECAT
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping

ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0341		6-apr-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Zijn peer sessies met hoog risicopatiënten waardevol als onderdeel van de cardiovasculaire preventie in een huisartspraktijk? (MaNaMa Charlotte De Nys)

Belgisch Registratienummer: B670201835750

* Antwoord onderzoekers
  via mail dr. C. De Nys dd. 02/04/2018 op opmerkingen EC dd. 12/03/2018
* Begeleidende brief
  dr. C. De Nys (ontv. dd. 02/04/2018) + aanpassingen versie 2 dd. 02/04/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 2/04/2018
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 2/04/2018
* Vragenlijsten
  Enquête Zelf evaluatie schaal (bijlage 3) - versie 2 dd. 2/04/2018
* CV Charlotte De Nys (versie 2) dd. 2/04/2018
* Domus Medica Cardiovasculair Algoritme (bijlage 5) - versie 2 dd. 2/04/2018
* Samenvatting protocol (bijlage1) - versie 2 dd. 2/04/2018

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 58 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 55 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

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 4/04/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/04/2019, 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 4/04/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/04/2019, 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 17/04/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/04/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *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

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

9.3 Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

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

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr Charlotte de Nys een onderzoek of **groepssessies met hoog risicopatiënten waardevol zijn als onderdeel van preventie bij hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk.** Dit onderzoek gebeurt in de periode van oktober 2018 tot en met november 2018, onder toezicht van de Universiteit Gent.

Hierbij wordt na gegaan of het organiseren van een groepssessie (meer bepaald met patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten) waardevol kan zijn voor de aanpak van levensstijlveranderingen. Dit is een andere aanpak dan huidig wordt gehanteerd in de praktijk nl. tijdens het consult wordt de patiënt geadviseerd door de arts betreft rookstop, dieet, beweging etc. De interventie zal bestaan uit 3 kortere groepssessies (1-2u) waarin telkens enkele thema's uitgelegd en besproken worden in groep. Gespreksonderwerpen worden samen bepaald met de deelnemers. De sessies zullen plaatsvinden in een cirkel in de wachtzaal van de praktijk (Vrasenestraat Nieuwkerken) op donderdagnamiddag. Het bekomen van een 15tal deelnemende patiënten wordt nagestreefd.

Na de derde sessie wordt er aan enkele deelnemers gevraagd of zij geïnterviewd willen worden over hun ervaring met de groepssessies.

Wat is de meerwaarde van deze interventie?

We zien nog steeds dat ondanks dat een patiënt een hartinfarct, een beroerte of suikerziekte heeft (doorgemaakt), dat levensstijlfactoren zoals rookstop, gezonde voeding en meer beweging niet altijd worden toegepast. De arts kan meermaals dit onderwerp aanhalen tijdens een consultatie echter dit heeft niet altijd effect. We zouden nu graag in groep bespreken welke obstakels er zijn en welke mogelijke manieren u kan motiveren. De uiteindelijke bedoeling is om in de toekomst op een gepaste manier advies te geven voor een best mogelijke levenskwaliteit en levensduur.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal Dr Charlotte De Nys U telefonisch herinneren met de data waarop de sessies zullen doorgaan. (18/10, 25/10, 8/11 telkens van 13u tot 15u)

Alle gegevens van het interview en de groepssessies zullen vertrouwelijk behandeld en gecodeerd worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie kan voor u enig voordeel met zich meebrengen. Zo kan u uw vragen beantwoord zien en zelf tips meenemen naar huis betreffende motivatie tot levensstijlveranderingen.

Wat wordt er verwacht van de patiënt:

- Aanwezigheid op alle 3 de sessies. Deze duren elk 1-2u en zullen plaatsvinden op donderdagnamiddag 18/10, 25/10, 8/11 telkens van 13u tot 15u in de praktijk Medi-C te Nieuwkerken (eigen vervoer).
- Een interview bij een aantal patiënten (5-tal) eens de 3 sessies voorbij zijn (tijdstip individueel af te spreken).
- Toestemming voor het inkijken van het medisch dossier.
- Toestemming om opgebeld te worden indien er onduidelijkheden zijn in het dossier, bij vragen of betreffende het deelnemen aan het interview.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Uw medewerking wordt van harte op prijs gesteld en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Charlotte De Nys

Contactpersoon:

Dr De Nys Charlotte

char.denys@gmail.com

03/775.87.74

0473/40.38.27

GMD houdende arts:

(stempel)

Ik bevestig dat Dr.....(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

9.4 Begeleidende PowerPoint presentaties groepssessies



1



2



3



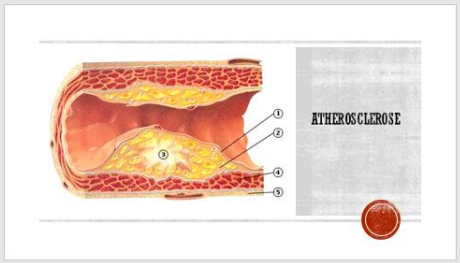
4



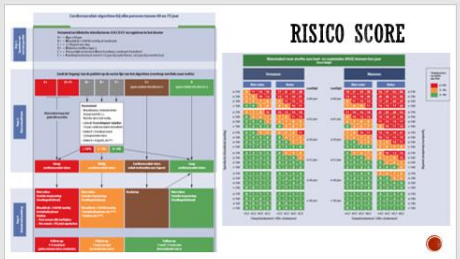
5



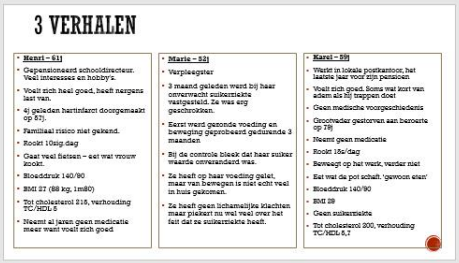
6



7



8



9



10



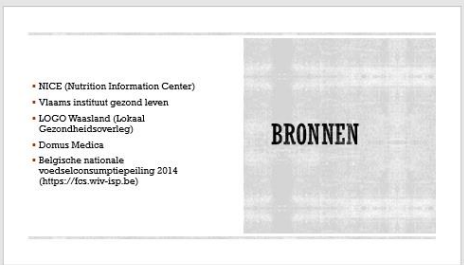
11



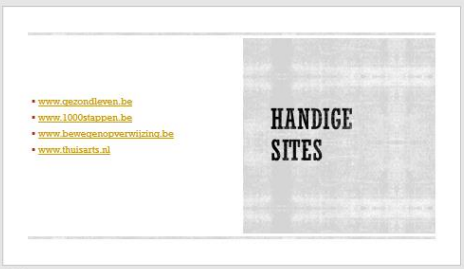
12



13



14



15



1



2



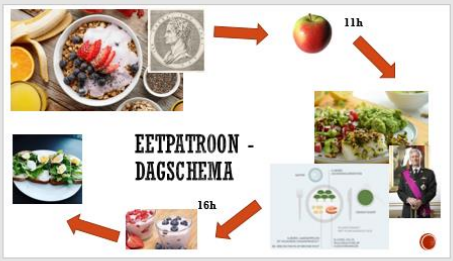
3



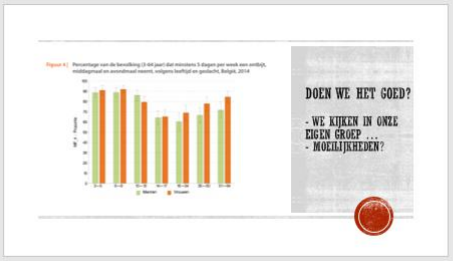
4



5



6



7



8


9



10



11



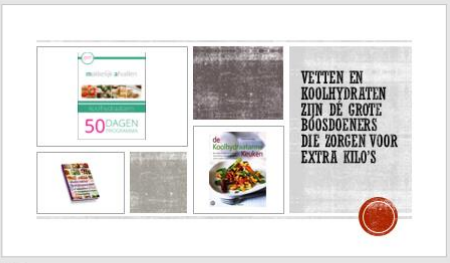
12



13



14



15



16



17



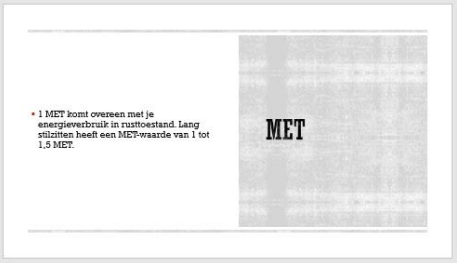
18



1



2



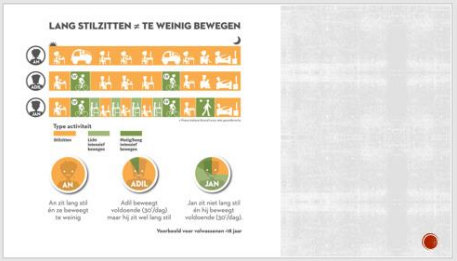
3



4



5



6



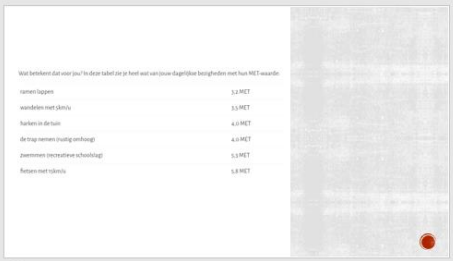
7

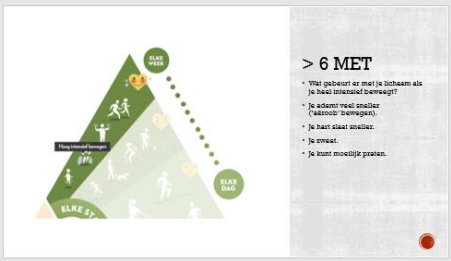


8



9


10



11



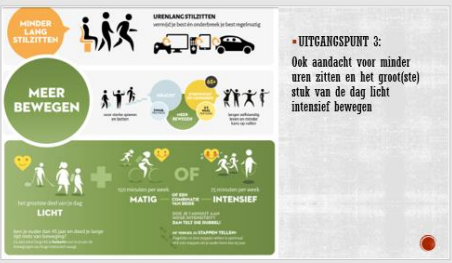
12



13



14



15



16



17



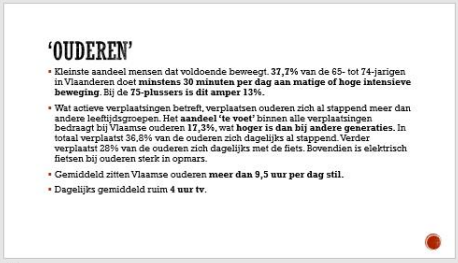
18



19



20



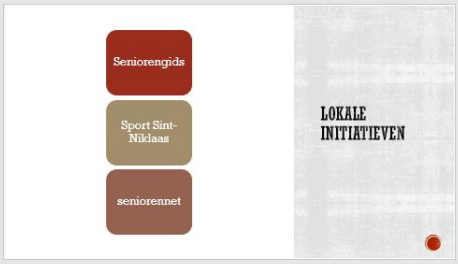
21



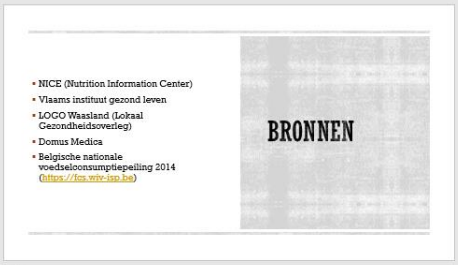
22



23



24



25



26

9.5 Vragenlijst kwalitatief interview

Algemeen

Voorbije maand kwamen we drie keer samen in de praktijk om met elkaar te praten over voeding en beweging en hun aandeel in een gezonde levensstijl.

Hoe heb je de voorbije sessies ervaren?

Hoe was dat voor jou om in groep te praten over (gezonde) voeding en beweging?

- Welk gevoel had je daarbij? Wat deed dit met jou? Met welk gevoel ben je naar huis gegaan?
- Wat dacht je toen? Wat ging er door je heen?
- Hoe heb je dit ervaren?
- Wat maakt dat je…?
- Was er een moeilijk moment?
- Het is nog niet helemaal duidelijk voor mij, kunnen we proberen zoeken wat?

1. Context: Met welke gevoelens en gedachten ging je naar huis na de groepssessies?

- Wat vond je van de locatie? – praktisch, afstand, vertrouwde omgeving, sober
- De andere deelnemers hadden ook hart- en vaatziekten. Heeft dit een invloed gehad tijdens de groepsgesprekken/jouw manier van deelnemen?
- "Met gelijkgestelde mensen praten". Kan je daar iets meer overzeggen? Hoe voelde dat?
- Wat vond je van de grootte van de groep?
- Aangename context?
- Ikzelf als huisarts in opleiding begeleidde de groepssessie, wat vond je daarvan? Wetenschappelijke context?

2. Mechanisme: Wat maakt dat de groepssessies wel of niets betekend hebben voor jou?

- Wat maakt dat je alle 3 de sessies gekomen bent?
- Wat gaf je een goed gevoel? Was er een moeilijk moment?

- Welk gevoel had je tijdens of na de sessie?
- Wat maakt dat je dit een moeilijk moment vond?

- Voelde je je goed in de groep? Voelde je je geremd in de groep?
- Was wat je ervaring als deelnemer van een groepssessie?
- Heb ik het juist als ik denk dat peers een motivationele factor zijn bij levensstijlveranderingen?
- Klopt het als ik zeg dat het succes hem zat in de non hiërarchie en de wederkerige relatie itt arts-patiënt?
- Ik heb het gevoel dat als je informatie geeft op een interactieve manier dat dit zorgt voor meer zelfvertrouwen bij de deelnemers in hun vermogen om veranderingen te ondernemen.
- Ik merkte dat er veel ervaringen en verhalen gedeeld werden. Is het geven van sociale steun voor jou even waardevol als het krijgen?
- Wat me opviel was dat indien advies werd gegeven door iemand, die tevens leeft met een hart- en vaatziekte, deze persoon zelfs als een rolmodel werd aanzien.
- Emotionele steun verkregen?
- Informationele steun verkregen?

- Gebruik van fictieve voorbeelden, folder materiaal, ppt: wat deed dat met je?
- Herkenning van emoties? Frustraties?
- Uiterlijk vergelijken? Betreffende fitheid, leeftijd, …
- Ik vertelde, als huisarts in opleiding, bij het begin dat ik gewoon als persoon zou deelnemen aan het gesprek en niet als arts die advies geeft. Welk gevoel had je toen?
- Wat ging er in je om toen je persoonlijk werd uitgenodigd? Itt per brief?

3. Outcome: Welk effect hebben de groepssessies gehad op vlak van voeding en beweging?

- Welk effect hebben de interactieve sessies gehad op jou?
- Ziet je omgeving dat er iets veranderd is na deze sessies? Hoe denkt je omgeving over je levensstijl?
- Wat neem je mee uit de sessies?
- Verandering in attitude teweeg gebracht?
- Meer kennis?
- Invloed op zelfvertrouwen?
- Gesterkt in je vaardigheden?
- Intentie?
- Is er iets veranderd bij jou betreffende het belang dat je geeft aan een gezonde levensstijl en het effect ervan?
- Hoe schat je jouw vaardigheden in voor een gezonde levensstijl aan te houden? Hebben de sessies hierop een invloed gehad?
- Wat hebben deze sessies voor jou betekend op vlak van gezonde voeding en beweging?
- Zou deze samenkomst leiden tot het verkrijgen of volhouden van gezonde levensstijl?
- Is er bij jou iets veranderd betreffende de notie van zelfzorg als patiënt?