Implementatie van gezondheidscommunicatie- en coaching rond leefstijlverandering in het kader van primaire preventie van hart- en vaatziekten binnen de eerstelijnszorg

Ellen Van Houtven, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Kathleen Van Royen, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Naomi Aerts, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/ of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Abstract **5**

Inleiding **6**

DEEL 1: Literatuurstudie **8**

Vraagstelling 8

Methode 8

Resultaten 8

Cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk *8*

Rol van de verpleegkundige in cardiovasculaire preventieprogramma's *9*

Facilitatoren en barrières bij de implementatie van cardiovasculaire preventie *9*

Discussie 12

Conclusie 13

DEEL 2: Kwalitatief onderzoek **15**

Doelstelling **15**

Doel 15

Onderzoeksvraag 15

Methode **15**

Studie context en interventie 15

Studie opzet 16

Data analyse 17

Ethisch comité 17

Resultaten **19**

Karakteristieken setting en respondenten 19

Kenmerken van de interventie 22

Relatief voordeel *22*

Design, complexiteit en aanpassingsvermogen *22*

Externe factoren 23

Patiënt-gerelateerde kenmerken *23*

Externe beleidsfactoren *25*

Samenwerking met externe organisaties *25*

Impact op de deelnemer *26*

Interne factoren 27

Structurele kenmerken *27*

Netwerk en communicatie *28*

Cultuur en implementatieklimaat *28*

Gereedheid voor de implementatie *29*

Kenmerken van de implementers 30

Kennis en overtuigingen van de interventie *30*

Self-efficacy *32*

Proces 32

Planning *32*

Aanwerven van doelpopulatie *32*

Aanwerven van implementers *33*
Impact praktijk en behoud *34*

Discussie **35**

Sterktes en zwaktes *36*

Conclusie **37**

Referenties **38**

Bijlagen **40**

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité 40

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol (versie 2, 28/11/2020) 41

Bijlage 3: Informed consent respondent 44

Bijlage 4: Toestemmingsformulier respondent 45

Bijlage 5: Setting fiche en demografische fiche 46

Bijlage 6: Topic guide 47

Bijlage 7: informatie fiche 50

Abstract

Achtergrond

Hart- en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor het grootste aantal sterfgevallen ter wereld. Inzetten op primaire preventie kan de morbiditeit en mortaliteit van hart- en vaatziekten aanzienlijk verlagen. Preventie behoort tot het takenpakket van de huisarts. Tijdsgebrek, een gebrek aan financiële middelen en een tekort aan kennis vormen echter barrières voor het systematisch aanbieden van primaire cardiovasculaire preventie. Het inzetten van specifiek opgeleide praktijkverpleegkundigen kan hiervoor een oplossing vormen. Primaire cardiovasculaire preventie start met de inschatting van het cardiovasculair risico op basis van risicofactoren. Nadien wordt dit risico gecommuniceerd en door middel van motivationele gespreksvoering en gedragsveranderingstechnieken getracht de levensstijl positief te beïnvloeden. Er bestaat in België echter geen wetenschappelijk onderbouwde richtlijn van hoe men primaire cardiovasculaire preventie kan implementeren in de huisartsenpraktijk met behulp van praktijkverpleegkundigen.

Doel

Deze studie heeft als doel de implementatie van een complex preventieprogramma door praktijkverpleegkundigen ter preventie van hart- en vaatziekten in de eerste lijn te onderzoeken. Op die manier kan er inzicht verworven worden in de facilitatoren, barrières, en beïnvloedende factoren van het implementatieproces. Vervolgens kunnen er aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd worden om primaire preventieprogramma's te optimaliseren in Vlaamse huisartsenpraktijken. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter implementatie onderzoek omtrent de preventie van hart- en vaatziekten gefundeerd door de Europese Commissie (SPICES).

Methode

Eerst werd een literatuuronderzoek uitgevoerd om na te gaan wat er in de internationale literatuur al bekend is omtrent de ervaringen (barrières en facilitatoren) van huisartsen en praktijkverpleegkundigen bij de implementatie van primaire cardiovasculaire preventieprogramma's. In een tweede fase vond een kwalitatief, participerend actie-onderzoek plaats in één multidisciplinaire groepspraktijk in de stad Antwerpen. Data werd verzameld aan de hand van semi-gestructureerde interviews en één focusgroep op verschillende tijdstippen gedurende het implementatieproces. De interviews werden getranscribeerd en aan de hand van adaptieve framework analyse conform het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) geanalyseerd.

Resultaten

In dit onderzoek werden twee praktijkverpleegkundigen en één huisarts geïnterviewd zowel tijdens de pre-implementatie fase, als op vier tijdstippen tijdens de per-implementatie fase volgens de PDCA cycli. In de focusgroep voor post-implementatie eindevaluatie werd het hele team betrokken. De resultaten toonden aan dat er nood is aan éénduidig, systematisch protocol inzake primaire cardiovasculaire preventie. De praktijkverpleegkundigen bleken omwille van hun unieke zorgverlener-patiëntrelatie, basisopleiding en tijdsbeschikking uitermate geschikt voor het uitvoeren van dit cardiovasculaire preventieprogramma. De huisartsen waren tevreden met deze nieuwe taakverdeling. Een voorwaarde hiervoor is een nauwe samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen. Een praktijkmanager kan intern overleg tussen beide partijen faciliteren. Een sociaal werker kan de link vormen tussen de huisartsenpraktijk en externe organisaties. Daarnaast is er behoefte aan meer praktische training van verpleegkundigen omtrent gedragsveranderingstechnieken. Het aanbieden van primaire preventie aan socio-economisch kwetsbare groepen werd beschouwd als barrière.

Conclusie

Er is nood aan een systematisch, wetenschappelijk onderbouwd protocol voor de primaire preventie van hart- en vaatzieken, bestaande uit risicobepaling (profiling), risicocommunicatie en leefstijl coaching door middel van gedragsveranderingstechnieken waarbij praktijkverpleegkundigen, huisartsen en paramedici multidisciplinair kunnen samenwerken in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Er zal moeten gezocht worden naar innovatieve manieren om ook kwetsbare groepen beter te bereiken voor preventie in de huisartspraktijk.

Inleiding

Hart- en vaatziekten vormt met 17,9 miljoen doden per jaar de belangrijkste doodsoorzaak ter wereld, aldus de World Health Organization (1). Samen met kanker, diabetes en chronische longziekten behoren deze aandoeningen tot de zogenaamde 'niet-overdraagbare aandoeningen'. Hoewel vroeger infectieuze ziekten verantwoordelijk waren voor de meeste sterftes, wordt deze plaats nu ingenomen door de niet-overdraagbare aandoeningen (2). Ook in België is hart- en vaatziekten de nummer één doodsoorzaak bij vrouwen (29%), gevolgd door kanker (26%). Bij mannen komt hart- en vaatziekten op de tweede plaats (27%) na kanker (28%), zo blijkt uit cijfers van 2017 (3). Hart- en vaatziekten zorgen niet alleen voor een aanzienlijke mortaliteit en morbiditeit, maar gaan bovendien ook gepaard met een hoge kost voor de maatschappij. Een recente studie voor de Europese Commissie heeft berekend dat chronische aandoeningen (hart- en vaatziekten, kanker en longziekten) verantwoordelijk zijn voor 70 tot 80% van de uitgaven in de gezondheidszorg in de Europese Unie (4).

De belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn hypertensie, gestoorde glucose tolerantie, dyslipidemie, alcohol, tabak en overgewicht (1). Deze risicofactoren worden sterk beïnvloed door de levensstijl. Ingrijpen op deze risicofactoren, door preventieve maatregelen, kan bijgevolg de mortaliteit en morbiditeit ten gevolge van hart- en vaatziekten aanzienlijk doen dalen (5). Zo is sinds 1980 de mortaliteit van hart- en vaatziekten significant afgenomen, dankzij het doorvoeren van preventieve maatregelen zoals de strengere wetgeving op tabakproducten. Indien preventie strikt zou toegepast worden, zou maar liefst 80% van de mortaliteit van hart- en vaatziekten voorkomen kunnen worden (5).

Aangezien zorgverleners uit de eerste lijn vaak een eerste aanspreekpunt vormen voor patiënten, bevinden zij zich in de unieke positie om een invloed te kunnen uitoefenen op het levensstijl gedrag van de patiënt. Uit de literatuur is reeds gebleken dat advies van zorgverleners een invloed kan hebben op de levensstijl van de patiënten. Sterker nog, patiënten verwachten van hun arts of zorgverlener dat zij informatie verschaffen over preventie inzake gezondheid (6). Onderzoek toont echter aan dat zorgverleners op enkele barrières stoten wanneer zij aan primaire preventie willen doen, zoals bijvoorbeeld afwezigheid van vertrouwen in het succes van levensstijl interventies of een tekort aan kennis. Anderzijds zijn er ook praktische barrières, met name een tijdstekort of een gebrek aan financiële middelen (6). Tot slot dreigt er een tekort aan huisartsen door vergrijzing met daarenboven de jongere generatie die steeds meer streeft naar een goede work-life balance (7).

Omwille van voorgenoemde redenen zal er gezocht moeten worden naar innovatieve manieren van samenwerking om deze primaire preventie interprofessioneel geïntegreerd te krijgen in de eerste lijn. Binnen deze interprofessionele samenwerking kan de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk een belangrijke rol spelen (7). Uit onderzoek blijkt dat praktijkverpleegkundigen minstens even effectief zijn in cardiovasculaire risicocommunicatie als huisartsen (8, 9). Op deze manier kan men werken richting een volwaardige en haalbare primaire preventie waarbij de patiënt centraal staat.

Er bestaat voldoende evidentie over welke individuele levensstijl maatregelen nodig zijn om het risico op hart- en vaatziekten te verlagen, zoals rookstop, gezonde voeding en voldoende beweging (10). Het inspelen op deze risicofactoren is in de praktijk echter moeilijker toe te passen. Domus Medica beschikt over een eigen praktische richtlijn inzake de risicobepaling voor hart- en vaatziekten, genaamd 'Cardiovasculaire risicobepaling in de eerste lijn'. Aan de hand van de SCORE-tabel kan de huisarts met behulp van enkele risicofactoren het risico op hart- en vaatziekten inschatten. In 2020 werd deze richtlijn aangepast en werden aanbevelingen toegevoegd over de communicatie van het risico naar de patiënt toe(11). De manier waarop de communicatie om iemands risico mee te delen (risicocommunicatie) en diens gedrag te beïnvloeden (gedragscounseling) tot stand wordt gebracht, is namelijk bepalend voor het slaagpercentage voor het beïnvloeden van dit risico (12, 13). De auteurs van de richtlijn van Domus Medica geven zelf aan dat wetenschappelijk onderbouwde adviezen omtrent de correcte, multidisciplinaire aanpak in functie van het risico ontbreken. In de NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement wordt gepoogd handvaten aan te

reiken om gedragsverandering te bewerkstelligen (14). Zoals hierboven reeds beschreven, stoten huisartsen vaak op barrières wanneer zij aan primaire preventie willen doen zoals bijvoorbeeld tijdsgebrek. Daarom kan de praktijkverpleegkundige een cruciale rol vervullen in cardiovasulcaire preventie. Er ontbreken echter duidelijke wetenschappelijke richtlijnen over hoe een primair preventieprogramma multidisciplinair in de Belgische huisartsenpraktijk systematisch kan worden geïmplementeerd en welke barrières of facilitatoren hiermee gepaard gaan (15). Dit onderzoek - kaderend in het SPICES project, dat staat voor Scaling up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention - probeert hier een eerste aanzet in te geven. Het SPICES project wordt verder toeglicht in de sectie ‘Methode’.

DEEL 1: Literatuurstudie

Vraagstelling

Om de vraagstelling van dit literatuuronderzoek te verhelderen, werd gebruik gemaakt van de ECLIPS structuur.

- Expectations: implementatie van een cardiovasculair preventieprogramma
- Client groep: patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten
- Location: huisartsenpraktijk
- Impact: ervaringen (facilitatoren, barrières)
- Professionsals involved: verpleegkundigen, huisartsen
- Service: risicobepaling, levensstijl counseling, gedragsverandering

Dit vertaalt zich in volgende onderzoeksvraag: “Wat zijn de ervaringen (facilitatoren en barrières) van praktijkverpleegkundigen en huisartsen met betrekking tot de implementatie van primaire cardiovasculaire preventieprogramma’s in de huisartsenpraktijk?”

Methode

De gepubliceerde literatuur werd gevonden door de verschillende niveaus van wetenschappelijke evidentie te respecteren. Allereerst werd er gezocht in richtlijnen van NHG en Domus Medica, waarbij 2 richtlijnen werden weerhouden. Voorts werd een zoekopdracht uitgevoerd in de Medline PubMed database tussen april en mei 2021. De volgende zoeksleutel werd gebruikt: (cardiovascular disease[MeSH Terms]) AND (prevention) AND (primary care[MeSH Terms]) AND ((counseling[MeSH Terms]) OR communication OR intervention OR behavioral change) AND (("nursing"[MeSH Terms]) OR ("nurse s role"[MeSH Terms]) OR (nurse practitioner[MeSH Terms]) OR nurse). Dit leverde 374 resultaten op. Om de zoekopdracht te verfijnen werden enkel studies gepubliceerd vanaf 1 januari 2010 geïncludeerd, waarna 198 studies overbleven. Vervolgens werden 190 studies geëxcludeerd op basis van titel en abstract, wegens niet relevant voor de onderzoeksvraag. Na het lezen van de volledige tekst werden nog eens 13 artikels niet weerhouden. Via het sneeuwbaleffect werden nog 3 bijkomende artikels geïncludeerd. Eén artikel werd aangereikt door de promotoren (7). In totaal werden er 21 artikels geïncludeerd. Het selectieproces met bijbehorende in- en exclusiecriteria wordt weergegeven in figuur 1.

Resultaten

Cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk

De eerste lijn is de belangrijkste speler om preventie van hart- en vaatziekten te initiëren, organiseren en op te volgen op de lange termijn (14, 15). Preventieve en chronische zorg behoort tot hun kerntakenpakket (7).

Een eerste stap in de preventie van hart- en vaatziekten is het identificeren van patiënten met een verhoogd risico. Ondanks de grote ziektelast van hart- en vaatziekten blijft een groot deel van de patiënten onder gediagnosticeerd. Wat betreft primaire preventie zijn de cijfers nog slechter. Er bestaan verscheidene gevalideerde score systemen om het risico op hart- en vaatziekten te voorspellen. Zoals bijvoorbeeld het SCORE-systeem van de European Society of Cardiology (15). Toch geeft onderzoek aan dat 62% van de artsen subjectieve en intuïtieve parameters gebruikt om het risico in te schatten, in plaats van gebruik te maken van dergelijke score systemen. Echter geeft een subjectieve beoordeling vaak een onderschatting van het risico. Belangrijke redenen hiervoor zijn onder andere tijdstekort en een gebrek aan kennis over het gebruik én de communicatie van deze scores. Daarnaast blijkt dat het merendeel van de artsen vreest dat het gebruik van scoresystemen zal zorgen voor overdiagnostiek en een te hoog medicatiegebruik, met als gevolg een hogere kost voor het gezondheidszorgsysteem (15). Uit onderzoek komt echter naar voren dat inzetten op personen met een risico op hart- en vaatziekten (o.b.v. scoresystemen) de kosten voor de gezondheidszorg uiteindelijk aanzienlijk kan drukken in vergelijking met case-finding (bv. hypertensie, diabetes). Het is de gedeelde verantwoordelijk van zorgverleners, politici en mediakanalen om deze scoresystemen meer bekendheid te geven (15).

De tweede stap bestaat uit het ingrijpen op de risicofactoren. Er bestaat voldoende evidentie over welke individuele levensstijl doelen nodig zijn om het risico op hart- en vaatziekten te verlagen, zoals beschreven staat in de Europese richtlijnen van de European Society of Cardiology(15). Deze zijn: rookstop, een dieet rijk aan vezels, groenten en fruit, 150 minuten matig intensief bewegen per week, een BMI tussen 20-25kg/m^2, een bloeddruk <140/90mmHg en een LDL cholesterol <115mg/dl. Het cardiovasculair risico wordt aldus bepaald door levensstijlfactoren zoals sedentarisme, voedingsgewoonten en rookgedrag. Dit leidt op zijn beurt tot adipositas, hypertensie, verhoogde glycemie en dyslipidemie met als eindresultaat hart- en vaatziekten zoals hartinfarct, herseninfarct en perifeer arterieel vaatlijden (16). Levensstijl gedrag is complex en vereist dan ook de nodige expertise wanneer men dit gedrag wil beïnvloeden. De literatuur die daarover bekend is, wordt hieronder besproken. De NHG adviseert om bij personen met een hoog cardiovasculair risico een multimodale interventie te doen door coaching omtrent levensstijl (bv. door de verpleegkundige) te integreren met de medische behandeling (bv. door de arts) (17).

Rol van de verpleegkundige in cardiovasculaire preventieprogramma's

Hoewel cardiovasculaire preventie een kerntaak vormt van de eerste lijn, ervaren veel huisartsen barrières wanneer zij aan cardiovasculaire preventie willen doen. Tijdstekort blijkt hiervoor het belangrijkste argument, naast een gebrek aan vaardigheden om gedragsverandering te bewerkstelligen. Taakdelegatie naar verpleegkundigen zou opportuun zijn(18). Verpleegkundigen maken een groot deel van de zorgsector uit. In de meeste landen wordt er in de opleiding verpleegkunde aandacht besteed aan patiënten educatie, counseling en communicatie(19). Zij bekijken de patiënt vaak vanuit een holistisch biopsychosociaal perspectief en beschikken over meer tijd om aan preventie te doen(18). Ook heeft de bevolking een groot vertrouwen in de verpleegkundigen als bron van informatie en hulp. Verpleegkundigen hebben naast een uitvoerende rol vaak een coördinerende rol en kunnen goed samenwerken met andere zorginstanties(15). Dit maakt dat verpleegkundigen over het ideale profiel beschikken om preventieprogramma's uit te voeren(15, 18, 19).

Uit de literatuur is geweten dat primaire preventieprogramma's door verpleegkundigen effectief zijn(14, 15). In een grote RCT in zes Europese landen waarbij verpleegkundige preventieprogramma's werden vergeleken met klassieke zorg, behaalde de verpleegkundige groep betere resultaten qua doelen voor levensstijl en risicofactoren(14). Ook verscheidene andere RCT's toonden een significante verbetering aan in o.a. de consumptie van vetrijke voeding, inspanningstolerantie, rookgedrag, glycemie, medicatiegebruik en een verminderd optreden van cardiovasculaire aandoeningen én mortaliteit in het algemeen wanneer verpleegkundig gecoördineerde programma's vergeleken werd met de klassieke zorg(15). Uit onderzoek komt naar voren dat verpleegkundigen de richtlijnen vaak nauwgezetter opvolgen dan artsen(17). Ander onderzoek beschreef zelfs een positief effect op angstklachten, depressie en algemeen welzijn bij patiënten met ischemische hartklachten die begeleid werden door verpleegkundigen(14). Sinds 2012 beveelt de European Society of Cardiology aldus aan om praktijkverpleegkundigen in te schakelen bij cardiovasculaire preventie en dit in nauwe samenwerking met artsen en andere zorgverleners. Naast een effect op gezondheidsuitkomsten, is cardiovasculaire preventie ook kosteneffectief(15).

Facilitatoren en barrières bij de implementatie van cardiovasculaire preventie

Hoewel er voldoende wetenschappelijke evidentie bestaat over het nut en de doelen van cardiovasculaire preventieprogramma's gecoördineerd door verpleegkundigen, blijft het een uitdaging om deze informatie en richtlijnen te implementeren in de klinische praktijk(15, 16). In de volgende alinea's zal er verder worden ingegaan op de facilitatoren en barrières die zorgverleners ervaren bij de implementatie van cardiovasculaire preventieprogramma's.

Factoren gerelateerd aan de interventie

Levensstijl wordt bepaald door complexe gedragspatronen, die op hun beurt beïnvloed worden door de omgeving. Dit maakt dat gedragsverandering op lange termijn niet eenvoudig te bekomen is(14). Een goede gedragsveranderingsstrategie is essentieel en zal de impact en kwaliteit van de interventie bepalen. Onderzoek toont zelfs aan dat het succes van een preventieprogramma meer afhankelijk is van de competenties van de verpleegkundige om het gedrag te veranderen, dan de kennis die zij bezit over

levensstijl (16). Louter advies geven over gezonde levensstijl is onvoldoende. Dit zou slechts in 10-20% van de patiënten gedragsverandering teweegbrengen. Een effectievere benadering is aldus nodig(18). Verschillende strategieën om gedragsverandering omtrent levensstijl te bekomen werden in de literatuur beschreven. Het principe van motivationele gespreksvoering is een veelbesproken en frequent gebruikte wetenschappelijk onderbouwde methode, waarvan de effectiviteit meermaals is aangetoond(14, 15, 18-20). Deze strategie steunt op de inventarisatie van onderliggende gedachten en motivatie voor eventuele gedragsverandering. Zo wordt een beslissingsbalans opgemaakt en ambivalentie geïnduceerd om op die manier de motivatie te vergroten.

Een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering bestaat uit het peilen naar de verwachtingen en kennis van de patiënt(21). Risicofactoren geven bijvoorbeeld niet altijd aanleiding tot symptomen, dus patiënten begrijpen niet steeds de nood om levensstijlaanpassingen door te voeren(22). De verpleegkundige dient de patiënt te educeren over de gevolgen van bepaald gezondheidsgedrag(21). Uit de literatuur is geweten dat het voor patiënten niet altijd eenvoudig is om het cardiovasculair risico in al zijn facetten goed te begrijpen(18, 22). Het is belangrijk dat er een uniforme risicoscore wordt gebruikt en er tijd wordt genomen om het risico te duiden en vervolgens de patiënt te educeren rondom gezonde levensstijl(18).

Een andere veelgebruikte techniek om gedrag te veranderen bestaat uit het opstellen van individuele, haalbare doelen in samenspraak met en op maat van de patiënt (shared decision-making). Deze doelen dienen in kleine stapjes te worden bereikt(14-16, 20, 21). Het stimuleren van patiënten om zelf oplossingen te vinden in plaats van directief te vertellen wat ze moeten doen, steunt op het principe van de probleemoplossende theorie: een gedragsveranderingsstrategie dewelke eveneens wetenschappelijk bewezen is(20).
Als aanvulling op het stellen van doelen, is ook het opstellen van een persoonlijk plan (action planning) is een bewezen effectieve strategie om levensstijl te beïnvloeden(18). Zo werd er in voorgaand onderzoek bijvoorbeeld gebruik gemaakt van persoonlijke kaartjes, die bijgehouden werd door de patiënt om vooruitgang te documenteren en op die manier de zelf-monitoring te verhogen(23). Tot slot is het voorbereiden en begeleiden van patiënten op herval en falen ook cruciaal(21).

Voorts komt uit de literatuur naar voren dat het betrekken van de directe omgeving bij de gedragsverandering effectief blijkt te zijn. Patiënten wiens gezinsleden gelijkaardige levensstijl veranderingen maakten, behaalden betere resultaten. Dit principe is gebaseerd op de sociale leertheorie van Bandura(23).

Daarnaast is de manier van communicatie eveneens bepalend voor de gedragsverandering(15, 16). Communicatietraining vormt aldus een belangrijk onderdeel in de opleiding van gezondheidsmedewerkers. Effectieve communicatie steunt op de volgende principes: genoeg tijd voorzien, de patiënt erkennen in zijn visie, stimuleren diens zorgen en kans op succes te uiten, de communicatie aanpassen aan zijn niveau, elke verbetering in leefstijl ondersteunen, bevestigen dat gedragsverandering moeilijk kan zijn, vragen of de patiënt het advies begrepen heeft en of extra ondersteuning nodig is(14, 15).

Naast het begrijpen en kunnen toepassen van gedragsveranderingsstrategieën, dient de verpleegkundige ook voldoende kennis te hebben en getraind te worden in rookstopbegeleiding, cardioprotectief dieetadvies, bewegingsadvies en gewichtsreductie. Een succesvol cardiovasculair preventieprogramma voorziet aldus voldoende tijd voor de opleiding en opvolging van de verpleegkundige. Investeren in een kwalitatieve opleiding over cardiovasculaire preventie is nodig om aan succesvolle preventie te doen(15, 16, 18).

Tot slot is opvolging op lange termijn meer effectief dan kortdurende begeleiding. De NHG en ESC onderstrepen daarom het belang van een langdurige follow-up(14, 15). Daarnaast dienten de opvolgingscontacten voldoende frequent te zijn(16, 21). Dit stelt verpleegkundigen in staat om snel in te grijpen, wanneer het mis dreigt te gaan(21). In een onderzoek van Pajak et al. werden de effecten 12 jaar na de interventie bestudeerd. Behoudens een hogere intake van groenten en fruit, bleek de andere levensstijl gedragingen verloren te zijn gegaan De auteurs stellen dat levenslange follow-up wenselijk is en dat

huisartsenpraktijk zich er het beste toe leent om dit te voorzien(24). Voldoende tijd voorzien in het werkschema vormt aldus een facilitator voor het implementeren van gedragsveranderingsprogramma's. Korte, maar langdurige interventies blijken nuttiger dan een éénmalige lange interventies(18). Het gebruik van technische ondersteuning, zoals bijvoorbeeld videogesprekken of e-mail kan langdurige follow-up faciliteren(18, 21). In een onderzoek van Beishuizen et al. verkozen de Nederlandse verpleegkundigen echter face-to-face contact boven digitale manieren van communicatie. Dit staat in contrast met Finse verpleegkundigen. Culturele en regionale verschillen spelen mogelijks een rol(21).

Patiënt en zorgverlener gerelateerde factoren

Verschillende studies gaven aan dat een goede vertrouwensrelatie tussen verpleegkundige en patiënt een basisvoorwaarde is voor gedragsverandering(21, 22, 25). De patiënt moet zich comfortabel en gerespecteerd voelen om over zijn levensstijlgewoonten te kunnen praten(21). Zorgverleners dienen hun eigen agenda niet op te dringen aan de patiënt om zo de arts-patiëntrelatie niet te schaden en gedragsverandering te belemmeren(18). Deze denkwijze leunt aan bij het principe van motivationele gespreksvoering, waarbij de patiënt in zijn autonomie wordt gestimuleerd(25). Ander onderzoek bevestigt dat een goede vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt, deze laatste aanmoedigt om te participeren in preventieve initiatieven(26). Verscheidene observationele studies benadrukken dat de verpleegkundige zich in een uitstekende positie bevindt om een goede vertrouwensrelatie met de patiënt aan te gaan(16, 18, 21, 22, 25, 26).

Een andere belangrijke factor die het succes van de interventie bepaalt, is het vertrouwen die de zorgverlener heeft in de effectiviteit en het nut van gedragsverandering. Vele zorgverleners erkennen dat gedrag complex bepaald is en aldus moeilijk te beïnvloeden, hetgeen vaak leidt tot ongeloof in de effectiviteit van gedragsverandering en het niet implementeren van dergelijke preventieprogramma's(18, 26). Wanneer zorgverleners positieve ervaringen hebben met gedragsverandering, stimuleert en motiveert dit hen om hun inspanningen verder te zetten(18).

Een andere uitdaging voor de toekomst is acceptatie dat verpleegkundigen een meer autonome rol en takenpakket op zich nemen dan men traditioneel gewoon is(15). Uit onderzoek is gebleken dat sommige huisartsen van mening zijn dat gedragsinterventies meer invloed hebben, wanneer zij uitgevoerd worden door de huisarts dan door de verpleegkundige. Anderen waren het daar niet mee eens(18). Zo beschreef Pajak et al. dat huisartsen de neiging hebben om meer te focussen op het voorschrijven van cardioprotectieve medicatie, terwijl levensstijl interventies vaak belangrijkere effecten hebben op de cardiovasculaire uitkomst(24).

Context gerelateerde factoren

Praktijken alwaar een preventie-, of praktijkmanager aanwezig is, scoren beter(27). Een manager bevordert de samenwerking en bewaakt de taakverdeling tussen de verschillende teamwerkers (artsen, verpleegkundigen, administratief personeel)(27). Ook het inzetten van administratief personeel om preventieprogramma's in te plannen en patiënten te rekruteren kan een meerwaarde bieden. Meer onderzoek is echter nodig om de rol van administratief personeel te onderzoeken(26). Wederzijds vertrouwen in de verschillende teamspelers binnen een praktijk, zoals huisartsen en verpleegkundigen fungeert als een facilitator(17). Een goede praktijk infrastructuur, taakdelegatie en teamgeest zijn aldus belangrijke factoren om een preventieprogramma te doen slagen (17, 22, 26, 27).

Er zijn verschillende manieren om voldoende patiënten te bereiken voor cardiovasculaire preventie. Zo is het belangrijk dat cardiovasculaire preventie systematisch aan bod komt tijdens gezondheidscheck-ups bij de huisarts(28). Deze kan de patiënt dan verder doorverwijzen naar de verpleegkundige voor bepaling van het cardiovasculair risico en het aanbieden van levensstijl coaching zo nodig. Het actief benaderen van patiënten door aanspreken en uitnodiging via een brief is succesvoller dan het passief ophangen van posters(29). Ook het bereiken van patiënten met een matig tot hoog risico, d.w.z. de doelgroep die het meeste nood heeft aan cardiovasculaire preventie blijkt moeilijk. Het systematisch uitnodigen van patiënten voor een oppuntstelling van het cardiovasculair risico, trekt vaak gezondere en sterk gemotiveerde patiënten aan(18).

Geautomatiseerde computersystemen kunnen de screening en follow-up van patiënten faciliteren(17). Onderzoekers benadrukken tevens het belang dat de resultaten van de interventie (bv. gewicht, bloeddruk, levensstijlveranderingen..) op een gestructureerde manier in het patiëntendossier worden geregistreerd zodat deze voor iedereen in het team zichtbaar zijn. Op deze manier kan ook het effect van het interventieprogramma op de cardiovasculaire uitkomst beter geëvalueerd worden(27).

Ook andere contextuele factoren spelen een rol. Onderzoek suggereert dat de grootte van een praktijk invloed kan hebben op preventieve uitkomstmaten. Een kwalitatieve studie van Russell et al. observeerde dat de implementatie van een preventieprogramma in een grote praktijk met 13 huisartsen moeilijk verliep, gezien er slechts 3 van de 14 artsen geëngageerd was om aan het project mee te doen. Dit in vergelijking met een kleinere praktijk waar iedereen enthousiasme toonde. Deze bevindingen suggereren het belang van goede intra-persoonlijke relaties binnen een praktijk. Gezien de toenemende grootte van huisartsenpraktijken, kan dit een uitdaging vormen voor de toekomst(27).

Het blijft een uitdaging om preventie aan te bieden aan patiënten met een lage socio-economische achtergrond. Uit onderzoek blijkt dat zij vaak in het algemeen al minder zorg ontvangen(24). De redenen hiervoor zijn divers. Zo geven zorgverleners aan dat zij armoede en bepaalde omgevingsfactoren als een barrière ervaren om gedragsverandering te bewerkstelligen, gezien de overtuiging om moeilijk invloed te kunnen uitoefenen op deze factoren. Ook culturele of religieuze overtuigingen kunnen gedragsverandering in de weg staan(22). Taalbarrière of beperkte intellectuele vaardigheden van de patiënt werden ook beschreven als barrières voor het aanbieden van levensstijl coaching(25). Deze bevindingen worden bevestigd in onderzoek waarbij praktijken gelegen in lagere socioeconomische regio's slechtere resultaten boekten qua invloed op risicofactoren(24). Ook de NHG onderstreept het belang van rekening te houden met psychosociale factoren(14). De grote invloed van socio-economische factoren kan zorgverleners doen twijfelen aan het nut van gedragsveranderingsinterventies en hen bijgevolg minder gemotiveerd maken voor de implementatie ervan(18).

Vele zorgverleners gaven het belang aan van een nauwe samenwerking met andere zorginstanties en initiatieven, zoals bewegingscoaches, diëtisten, psychologen… Keerzijde hiervan is dat deze voorzieningen niet altijd even toegankelijk zijn en dit zowel op financieel als praktische vlak (bv. lange wachtlijsten)(18).

Bovenstaande facilitatoren (aanstellen van een praktijkmanager en administratief personeel, adequate opleiding van verpleegkundigen, voldoende tijdsvoorziening…) vereist de nodige financiële ondersteuning. Een tekort aan financiële middelen blijkt een belangrijke barrière voor de implementatie van cardiovasculaire preventieprogramma's in de eerste lijn(15, 18).

Discussie

Dit literatuuronderzoek had tot doel de ervaringen (facilitatoren en barrières) van artsen en verpleegkundigen in kaart te brengen met betrekking tot de implementatie van cardiovasculaire preventieprogramma's. In de literatuur is men het erover eens dat primaire cardiovasculaire preventie zinvol is wanneer dit georganiseerd wordt door praktijkverpleegkundigen. De Europese richtlijnen voor cardiovasculaire preventie bevelen reeds sinds 2012 om praktijkverpleegkundigen te integreren in cardiovasculaire preventieprogramma's(15). Duidelijke richtlijnen over hoe zo'n programma gecoördineerd door praktijkverpleegkundigen geïmplementeerd kan worden, ontbreken echter. Zo voorziet Domus Medica in haar Gezondheidsgids een handig scoresysteem om het cardiovasculair risico van een patiënt te berekenen. Afhankelijk van het risico, bevelen zij aan om levensstijl advies al dan niet te combineren met medicamenteuze interventies. Er ontbreekt echter een duidelijke leidraad over hoe deze risicocommunicatie en levensstijl adviezen kunnen worden omgezet in de klinische praktijk. De rol van de verpleegkundige komt eveneens niet aan bod. Er is in België aldus nood aan een gestructureerd, wetenschappelijk onderbouwd protocol om de primaire preventie van hart- en vaatziekten in de eerste lijn te implementeren. Het SPICES project geeft hiertoe een eerste aanzet en onderzoekt de implementatie van een cardiovasculair

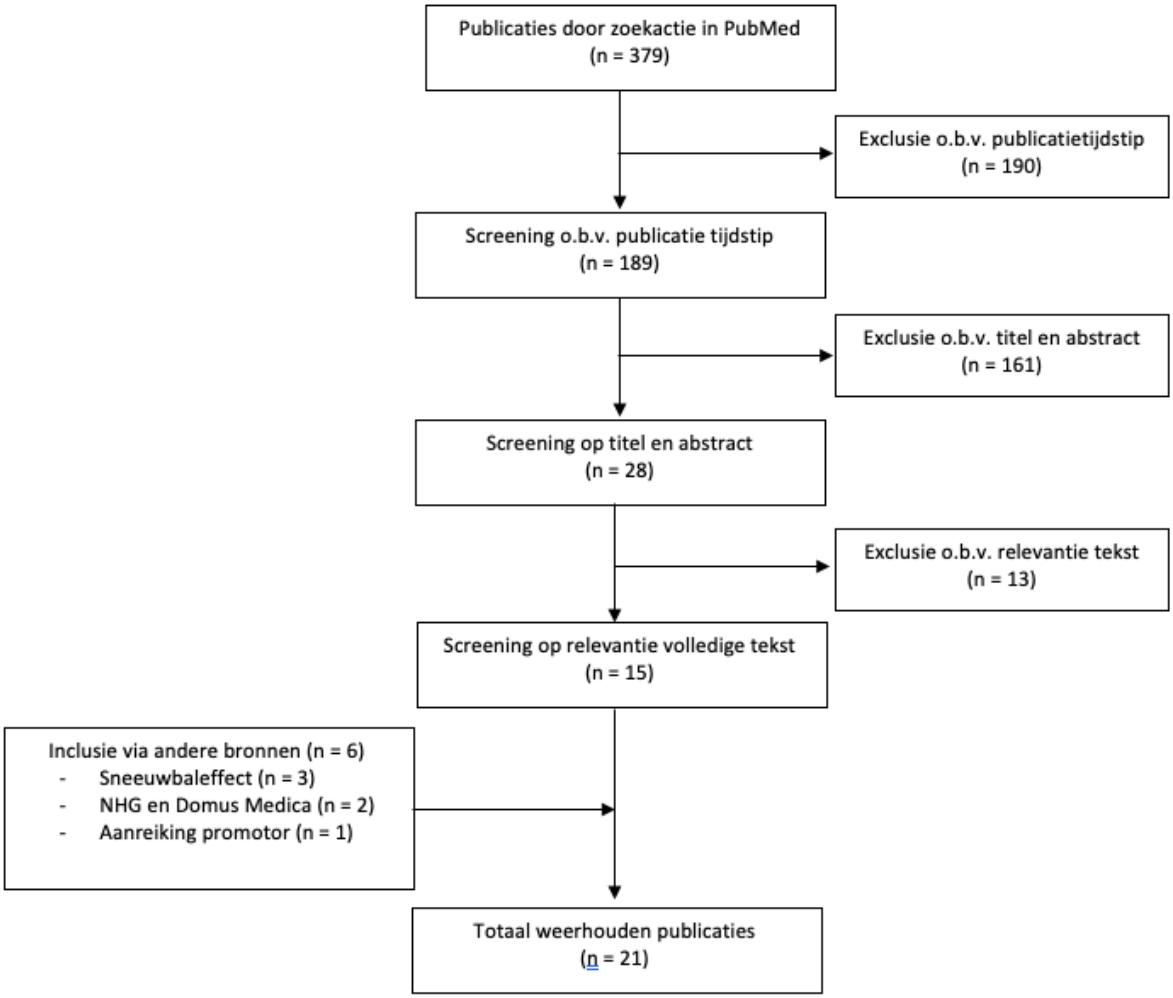
preventieprogramma in verschillende landen. Hiermee trachten ze de kloof kleiner te maken tussen de bestaande wetenschappelijke evidentie en de implementatie ervan in de klinische praktijk(30).

Observationeel onderzoek leert ons welke factoren de implementatie vergemakkelijkt (facilitatoren) of in de weg staat (barrières). Eerdere studies bevestigen dat gedragsveranderinsstrategieën een facilitator vormen van een succesvolle implementatie(4, 14, 18, 20-23). De hierboven besproken studies maakten gebruik van een combinatie van verschillende gedragsveranderingsstrategieën. Er ontbreekt echter evidentie over welke strategieën het meest effectief zijn in cardiovasculaire preventieprogramma's. Een belangrijke voorwaarde om gedragsveranderingsstrategieën te kunnen toepassen, is de nood aan een uniforme en kwaliteitsvolle opleiding in het toepassen van deze strategieën. Daarnaast is ook een degelijke kennis over een gezonde levensstijl een vereiste om cardiovasculaire preventie te doen slagen. In België kan men het postgraduaat Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk (VIHP) volgen, dewelke verpleegkundigen opleidt voor de specifieke context van de huisartsenpraktijk. Het zal een uitdaging vormen om deze facetten voldoende aan bod te laten komen. Meer onderzoek is nodig om de huidige opleidingsnoden in kaart te brengen.

Verschillende studies en richtlijnen benadrukken het belang van socio-economische factoren op de levensstijl. Zorgverleners ervaren socio-economische factoren vaak als een barrière, gezien deze moeilijk te beïnvloeden zijn(14, 18, 22, 25). Naast inspanningen op individueel niveau, bijvoorbeeld door levensstijl coaching, zijn er aldus ook maatregelen op gemeenschapsniveau nodig. Gedragsverandering is daardoor niet alleen een individuele, maar ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid(14). Voorts dient de toegankelijkheid van preventieprogramma's ook voor kwetsbare personen vergroot te worden. Zo zouden deze niet alleen in de eerste lijn, maar ook in gezondheidscentra op gemeenschapsniveau moeten worden aangeboden(16).

Conclusie

De taakdelegatie van de huisarts naar de verpleegkundige zal onontbeerlijk zijn in de strijd tegen cardiovasculaire aandoeningen. In de literatuur benadrukt men dat verpleegkundigen door hun communicatieve skills, tijdsvoorziening en mogelijkheid tot het opbouwen van een goede zorgverlener-patiënt relatie ideale actoren zijn om risicocommunicatie en levenstijl coaching in primaire cardiovasculaire preventie op zich te nemen. Een nauwe samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen, praktijkmanagers, administratief personeel en paramedici is een belangrijke voorwaarde om primaire preventieprogramma's succesvol te maken. Het toepassen van wetenschappelijk onderbouwde gedragsverandering strategieën en het voorzien van een kwaliteitsvolle training hierin, vormen belangrijke uitdagingen voor de toekomst. Verder onderzoek is nodig om te bekijken welke factoren de implementatie van cardiovasculaire preventieprogramma's efficiënt en effectief doen verlopen in de eerste lijn.



Figuur 1: flowchart zoekmethode

DEEL 2: Kwalitatief onderzoek

Doelstelling

Doel

Deze studie heeft als doel de implementatie van een complex preventieprogramma door praktijkverpleegkundigen ter preventie van hart- en vaatziekten in de eerste lijn te onderzoeken. Op die manier kan er inzicht verworven worden in de sterktes (facilitatoren) en zwaktes (barrières) van het implementatieproces. Vervolgens kunnen er aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd worden om primaire preventieprogramma's te optimaliseren in Vlaamse huisartsenpraktijken.

Onderzoeksvraag

Hoe kan een complexe interventie voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten, bestaande uit risicobepaling en –communicatie en leefstijl coaching, geïmplementeerd worden in een eerstelijnspraktijk en wat zijn hierbij de ervaringen van praktijkverpleegkundigen en huisartsen met betrekking tot beïnvloedende factoren, facilitatoren en barrières?

Methode

Studie context en interventie

Deze studie kadert in een groter onderzoeksproject genaamd SPICES (gefinancierd door de Europese Commissie, 2017-2022), dat staat voor Scaling up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa. Het doel van SPICES is de implementatie van een cardiovasculair preventieprogramma te evalueren in verschillende settings. Deze masterproef bestudeert de implementatie van dergelijk programma in één Antwerpse huisartsenpraktijk. Deze is gelegen in het centrum van Antwerpen en werd geselecteerd door de onderzoeksgroep van SPICES omwille van zijn centrale ligging in een stedelijke context. De praktijk is een multidisciplinaire praktijk, waarbij verschillende artsen en paramedici actief zijn. Men hanteert er een forfaitair betalingssysteem; hierbij wordt er per patiënt maandelijks een vast bedrag uitbetaald door het ziekenfonds van de patiënt, afhankelijk van diens zorgnood (leeftijd, geslacht, medische aandoeningen). De patiënt dient bijgevolg geen persoonlijke bijdrage meer te betalen, ongeacht het aantal consultaties. Dit heeft als voordeel dat de financiële drempel voor een patiënt om een arts te raadplegen verdwijnt. Ook kan de praktijk meer middelen inzetten voor preventieve gezondheidsbevorderende activiteiten. De kenmerken van de praktijkmedewerkers en patiënten worden uitgebreider besproken in de sectie 'Resultaten.'

De interventie bestaat uit twee componenten. De eerste component omvat profiling (risicobepaling) met behulp van de non-laboratorische InterHeart risk score; een tool die bestaat uit vragen over voornamelijk leefstijl en een heup-middel-omtrek meting; en die toelaat patiënten te classificeren volgens een laag (groen), matig (oranje) of hoog (rood) risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Hierna wordt dit risico gecommuniceerd met de patiënt (risico-communicatie) en wordt een opvolgingstraject geadviseerd dat aangepast is aan de risicocategorie. De tweede component is leefstijl coaching en opvolging van deelnemers met een matig verhoogd risico. Hierbij wordt er aan de hand van gedragsveranderingstechnieken betracht om de levensstijl, met betrekking tot beweging, voeding en roken, positief te veranderen en zodoende het risico op hart- en vaatziekten te verlagen. Een belangrijk onderdeel van de coaching is de doorverwijzing naar externe organisaties, waaronder zowel paramedici worden verstaan (bv. diëtist, tabakoloog), maar ook lokale buurtinitiatieven (bv. sportactiviteiten aangeboden door de stad Antwerpen) afhankelijk van de specifieke behoeften van de deelnemer. De verpleegkundigen dienen

notie te hebben van de sociale kaart en de patiënt te helpen navigeren in dit landschap van zorgaanbod binnen de lokale gemeenschap. Zowel de profiling als de coaching wordt uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen, die de Master na Master opleiding 'Verpleegkundige In de Huisartsenpraktijk' (VIHP) hebben gevolgd. Bij de start van het implementatieproces kregen de verpleegkundigen twee trainingen: één in profiling en één in coaching voorzien door de SPICES onderzoeksgroep met ondersteuning van Vlaams Instituut Gezond Leven. De doelgroep betreft patiënten met een matig verhoogd cardiovasculair risico (oranje groep) van 40 tot 75 jaar. Daarnaast legt het SPICES project zich ook voornamelijk toe op het bereiken van kwetsbare groepen of personen met een lage socio-economische status door deze interventie aan te bieden in welzijnsorganisaties. Er werd gekozen om levensstijl opvolging te voorzien voor patiënten uit de oranje groep, gezien de meeste hart- en vaatziekten optreden bij personen met een matig verhoogd risico. Zij maken immers het grootste deel van de bevolking uit (2). Patiënten uit de rode groep komen aldus binnen het SPICES project niet in aanmerking voor de coaching en dienen te worden doorverwezen naar een arts. Ook patiënten met in de voorgeschiedenis een cardiovasculair event (acuut coronair syndroom, cerebrovasculair accident, perifeer arterieel vaatlijden), chronische nierinsufficiëntie (eGFR <45ml/min) en Diabetes Mellitus zullen geëxcludeerd worden, gezien dit tot het luik secundaire preventie behoort.

Studie opzet

Deze kwalitatieve studie heeft als opzet een participerend actie-onderzoek, waarbij op een procesmatige manier aan de hand van de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus de verschillende implementatie fases van het onderzoek werden geëvalueerd. De verschillende fases, namelijk de pre, per- en post-implementatie fase worden toegelicht in de sectie 'Datacollectie'. De student-onderzoeker maakte als huisarts in opleiding deel uit van het praktijkteam tijdens het grootste deel van de studie (pre- en per-implementatiefase), waardoor een nauwe samenwerking met de implementeerders (verpleegkundigen en huisartsen) plaatsvond. Daardoor was de implementatie een dynamisch proces waarbij gaandeweg aanpassingen konden worden doorgevoerd teneinde de interventie beter af te stemmen op de setting, alsook een verfijnde interventie te kunnen opschalen naar andere soortgelijke settings.

Datacollectie

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met de verschillende zorgverleners die betrokken waren bij de implementatie (praktijkverpleegkundigen, huisartsen en praktijkmanager), werd getracht een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag. De interviews werden afgenomen met behulp van een topic guide (zie bijlage 6), gebaseerd op het Consolidated Framewerk for Implementation Research (CFIR) dat wordt gebruikt bij implementatie onderzoek. Het CFIR voorziet een framework van verschillende constructen om potentiële barrières en facilitatoren tijdens de implementatie van een interventie te onderzoeken. Het CFIR bestaat uit 5 domeinen (kenmerken van de interventie, externe factoren, interne factoren, kenmerken van de implementeerders, proces) met in totaal 39 subthema's. Het framework kan aldus gebruikt worden om inzicht te creëren in beïnvloedende factoren tijdens de datacollectie, daarnaast is het een faciliterende tool voor de analyse en helpt het bij het begrijpen en organiseren van de resultaten tijden de rapportering (31). De vragenlijsten voor de interviews werden opgesteld door de onderzoekers van het SPICES project (zie bijlage 6). Deze interviews duurden gemiddeld 30 tot 90 minuten en vonden steeds plaats in de huisartsenpraktijk. De data werden verzameld in de periode van augustus 2020 tot januari 2022.

De interviews werden opgenomen en ad-verbatim uitgetypt. Zowel de audio-fragmenten als de transcripten werden gecodeerd en gepseudonimiseerd. Additionele data werden verzameld aan de hand van veldnota's en verslagen van informele meetings voor dagdagelijkse projectopvolging met de praktijkverpleegkundigen en onderzoeksgroep. Tot slot werd aan het begin van elk interview een geschreven informed consent, toestemmingsformulier en demografische fiche ingevuld (zie bijlage 3, 4 en 5).

De implementatie bestond uit 3 fases. De eerste fase is de pre-implementatie fase of de periode alvorens de rekrutering, profiling en coaching. In deze fase werden één huisarts en de twee verpleegkundigen allen apart geïnterviewd. In een tweede fase, de per-implementatie fase, werden de twee verpleegkundigen, één huisarts en de praktijkmanager geïnterviewd. In deze fase vond de eigenlijke implementatie van de

interventie plaats. Hierbij werden op 4 verschillende tijdstippen interviews afgenomen om de facilitatoren en barrières in kaart te brengen. De interviews met de huisarts en praktijkmanager verliepen afzonderlijk. De verpleegkundigen werden zowel afzonderlijk als tezamen in een duo-interview geïnterviewd (zie tabel 1). In de laatste fase, de post-implementatiefase, werd één gezamenlijk groepsinterview onder de vorm van een focusgroep georganiseerd waaraan de 4 huisartsen, 3 huisartsen in opleiding, de praktijkmanager en de twee praktijkverpleegkundigen deelnamen. Tijdens het post-implementatie interview nam de moderator (student-onderzoeker) nauwkeurig nota's, dewelke zo snel mogelijk in een rapport werden neergeschreven. Nadien werd gebruik gemaakt van member-checking bij de twee praktijkverpleegkundigen. Met deze techniek werden de nota's gecontroleerd voor accuraatheid door verdere aanvullingen of correcties te bevragen. Het betreft aldus een techniek om de geloofwaardigheid te verhogen. Een overzicht van de interviews wordt weergegeven in tabel 1.

	PRE-IMP	PER-IMP 1	PER-IMP 2	PER-IMP 3	PER-IMP 4	POST-IMP
VPK 1	A	A	A	D	D	F
VPK 2	A	A	A	D	D	F
HA 1	A	-	A	-	-	F
PR. MAN.	-	-	-	A	-	F
HA 2,3,4,5	-	-	-	-	-	F

Tabel 1: overzicht interviews. A = afzonderlijk; D = duo-interview, F = focusgroep

Data analyse

De data werden thematisch geanalyseerd aan de hand van adaptieve framework analyse met behulp van het CFIR, dat hierboven werd toegelicht. In een eerste stap werd de data vertrouwd gemaakt door alle transcripts grondig gelezen. Nadien werd transcript per transcript opnieuw herlezen en werd aan afzonderlijke stukjes tekst een descriptieve 'open' code toegekend. Vervolgens werden deze codes gekoppeld aan het juiste subthema en hoofdthema conform het CFIR. Bij twijfel tussen het gepaste (sub)thema werd een veldnota gemaakt. Interessante statements of bevindingen werden in kleur aangeduid om belangrijke data te kunnen filteren en een rode draad te kunnen bekomen. Na codering van alle transcripts volgens het CFIR, werd de gecodeerde data en veldnota's opnieuw grondig doorgenomen en werden relevante en overlappende subthema's samengevoegd om de data meer te structureren. Tevens werden twee subthema's bijgevoegd ('patient impact' en 'impact op de praktijk en behoud'), gezien sommige data niet konden worden ondergebracht in bestaande thema's. Daarnaast werden onder het subthema 'kenmerken van de implementeerders' nog eens 2 onderverdelingen toegevoegd om de opvattingen en ervaringen rondom risicocommunicatie en leefstijlcoaching - als belangrijk onderdeel van het SPICES project - in kaart te brengen. In tabel 2 worden de gebruikte, samengevoegde en toegevoegde (sub)thema's met bijbehorende definities schematisch weergegeven.

Het eerste interview werd door twee onderzoekers onafhankelijk gecodeerd, waardoor er consistentie werd verkregen met de codes en de betrouwbaarheid van de analyse werd verhoogd (32). Nadien werd met de drie onderzoekers gediscussieerd over de betekenis van bepaalde codes en werd de definitie aangepast in een codeboek. Op die manier werd toch een consistentie gecreëerd. De overige interviews werden aan de hand van het aangepaste codeboek geanalyseerd.

Ethisch comité

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZA op 14/12/2020 met als Belgisch registratienummer: B300202000267 (bijlage 1)

CFIR DOMEIN SUBTHEMA'S	DEFINITIE
Kenmerken van de interventie	
Relatief voordeel	De perceptie van de implementeerders over het voordeel van de interventie ten opzichte van alternatieven zoals bestaande initiatieven.
Design, complexiteit en aanpassingsvermogen (samengevoegd)	- Design: ervaringen met de kwaliteit van de interventie; hoe deze wordt gebundeld en gepresenteerd. - Complexiteit: moeilijkheidsgraad van de interventie zoals de duur, radicaliteit en het aantal stappen nodig voor de implementatie. - Aanpassingsvermogen: mate waarin de interventie aangepast, verfijnd of vernieuwd kan worden om tegemoet te komen aan de noden van de context.
Externe factoren	
Patiënt gerelateerde kenmerken	Noden van de doelpopulatie en de mate waarin de barrières en facilitatoren om hieraan te voldoen door de organisatie gekend zijn.
Externe beleidsfactoren	Externe strategieën om interventies te verspreiden, zoals beleid en regelgeving door de overheid of andere instanties, aanbevelingen en richtlijnen, etc. Hieronder wordt ook de invloed van de Covid-19 pandemie geclassificeerd.
Samenwerking met externe organisaties	De mate waarin een organisatie samenwerkt met andere, externe organisaties buiten de praktijk
Impact op de deelnemer (toegevoegd)	Dit construct werd toegevoegd om de impact van het project op de patiënten weer te geven.
Interne factoren	
Structurele kenmerken	Sociale architectuur, leeftijd, maturiteit en grootte van de organisatie.
Netwerk en communicatie	De aard en de kwaliteit van sociale netwerken binnen de organisatie, zoals de interprofessionele samenwerking en communicatie in de praktijk.
Cultuur en implementatie klimaat (samengevoegd)	- Cultuur: bredere missie en visie die door de praktijkleden gedragen wordt - Implementatie klimaat: de inzet en bereidheid van de praktijk om het project te implementeren
Gereedheid voor de implementatie	Tastbare en onmiddellijke indicatoren van de betrokkenheid van de organisatie om de interventie te implementeren. - Beschikbare bronnen: middelen die beschikbaar werden gesteld voor de implementatie, zoals geld, training, opleiding, ruimtelijke voorzieningen en tijd. - Toegang tot kennis en informatie: toegang tot bruikbare informatie en kennis over de interventie en hoe deze praktisch toe te passen - Betrokkenheid van leiderschapsfiguren
Kenmerken van de implementers	
Kennis en overtuigingen van de interventie (2 subthema's toegevoegd)	Attitudes van de implementers ten aanzien van de implementatie beschreven. - Risico-communicatie - Gedragsveranderingstechnieken en communicatiestijl.
Self-efficacy	Mate waarin iemand gelooft in zijn capaciteiten om de implementatie uit te voeren.
Proces	
Planning	Mate waarin een bepaald schema of taken voor de implementatie op voorhand werden ontwikkeld.
Aanwerven doelpopulatie	Betrekken van de doelpopulatie
Aanwerven implementers	Betrekken van de implementers
Impact praktijk en behoud (toegevoegd)	Impact op het functioneren van de praktijk. Delen van de interventie die meegenomen worden naar de toekomst.

Tabel 2: definities CFIR

Resultaten

Alle resultaten worden schematisch weergegeven in tabel 4.

Karakteristieken setting en respondenten

Het onderzoek vond plaats in een multidisciplinaire praktijk in het centrum van Antwerpen. Aan het begin van het onderzoek waren er 4 huisartsen, 3 huisartsen in opleiding, 2 praktijkverpleegkundigen, 1 diëtist en 2 onthaalmedewerkers werkzaam. Tegen het einde van het onderzoek was er 1 sociaal werker, 1 onthaalmedewerker en 1 praktijkmanager bijgekomen. Door zijn stedelijke ligging, kent de praktijk een zeer gevarieerde en multiculturele populatie. De praktijk telde op 31/02/2022 4539 patiënten, waarvan 1491 tussen de leeftijd van 40-75 jaar. In deze leeftijdscategorie hebben 381 patiënten recht op een verhoogde tegemoetkoming. Dit wil zeggen dat 25,5% behoort tot een kwetsbare populatie. Gezien niet alle kwetsbare patiënten recht hebben een verhoogde tegemoetkoming, ligt het werkelijke percentage vermoedelijk hoger.

De demografische kenmerken van de vier geïnterviewde implementers of respondenten werd schematisch weergegeven in tabel 3. De verpleegkundigen vervulden de belangrijkste rol in het onderzoek. Zij voerden immers het grootste deel van de implementatie uit, namelijk de risicobepaling en coaching. De huisartsen fungeerden voornamelijk als doorverwijzer van patiënten die tot de doelgroep behoorden. De praktijkmanager nam pas halverwege het onderzoek deel aan de implementatie en had een meer verbindende rol. Voor een verdere procesmatige taakbeschrijving, wordt verwezen naar sectie ‘Proces: aanwerven van implementers. In de focusgroep tijdens het post-implementatie interview namen de overige 3 huisartsen, alsook 3 huisartsen in opleiding deel. Gezien zij slechts éénmalig en in groep werden geïnterviewd, hadden zij niet veel invloed op de procesmatige evaluatie van de implementatie en worden diens karakteristieken in tabel 3 niet apart vermeld.

	Verpleegkundige 1	Verpleegkundige 2	Huisarts 1	Praktijkmanager
Leeftijd	34 jaar	24 jaar	37 jaar	40 jaar
Geslacht	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw
Diploma	Postgraduaat	Postgraduaat	Universitair	Postgraduaat
Werkervaring in de praktijk	4 jaar	1 maand	13 jaar	0 jaar
Arbeidsstatuut	Loondienst	Loondienst	Zelfstandige	Loondienst

Tabel 3: Demografische kenmerken respondenten bij aanvang van het project

CFIR thema Subthema	Barrière	Facilitator
Kenmerken van de interventie		
Relatief voordeel	- Geen systematische aanpak primaire cardiovasculaire preventie	- SPICES project voorziet uitgewerkt protocol
Design, complexiteit en aanpassingsvermogen	- Het project is tijdsintensief - Alcohol-, en suikerconsumptie niet bevraagd in profiling tool - Profiling tool niet afgestemd op medische expertise VPK	- Materiële ondersteuning: risico kaartjes, lintmeters.. - Vlotte communicatie onderzoeksteam bij technische problemen - Mogelijkheid tot opvolging rode groep
Externe factoren		
Patiënt gerelateerde kenmerken	- Groot aandeel kwetsbare patiënten - Kwetsbare patiënten minder gezondheidsvaardigheden & middelen - Taalbarrière - Culturele gewoontes zijn moeilijk te veranderen	- Gebruik van tolk of vertalend familielid - Forfaitair betalingssysteem - Welzijnsorganisaties beter bereikbaar voor kwetsbare patiënten
Externe beleidsfactoren en stimulansen	- Minder tijdsbesteding preventie door Covid-19 - Vermijden contacten door Covid-19	- Grote respons op project ondanks Covid-19 - Maatschappelijke inzet op gezondheidspreventie
Samenwerking met externe organisaties	- Beperkte kennis sociale kaart door overaanbod - Moeizame communicatie met externe instanties - Financiële drempel respondent bij doorverwijzing	- Persoonlijke ontmoeting met mensen van externe organisaties - Maatschappelijk werker link tussen huisartsenpraktijk en gemeenschap
Impact op de deelnemers	- Oorzaken loss-to-follow-up onbekend	- Veel respons op project - Positieve impact op levensstijl respondent - Respondenten wensen verdere opvolging
Interne factoren		
Structurele kenmerken	- Sommige artsen moeite met taakdelegatie naar verpleegkundige	- Multidisciplinaire praktijk - Artsen hebben leiderschap - Verpleegkundige meer en meer autonomie
Netwerk en communicatie	- Gebrek regelmatig en gestructureerd overleg over SPICES	- Wekelijkse praktijkvergadering - Informele contacten - Aangename sfeer, en wederzijds respect - Praktijkmanager faciliteert overleg
Cultuur en implementatieklimaat		- Praktijkteam gelooft in nut interventie - Alle praktijkleden trachten missie en visie uit te dragen - Cardiovasculaire preventie behoort tot takenpakket
Gereedheid voor de implementatie		

Beschikbare bronnen	- Artsen hebben te weinig tijd voor cardiovasculaire preventie	- VPK hebben voldoende tijd - Voldoende fysieke ruimte - Meerdere verpleegkundigen - Secretariaat helpt met planning
Toegang tot kennis en informatie	- Training over leefstijlcoaching door project onvoldoende - Opleiding VIHP onvoldoende voor coaching	- Praktische training/supervisie in gedragsveranderingstechnieken - Basiskennis levensstijlfactoren voldoende
Betrokkenheid leiderschapsfiguren	- Onvoldoende betrokkenheid artsen	
Kenmerken van de implementers		
Kennis en overtuigingen interventie		
Risico-communicatie	- Risico-communicatie is delicaat	- Visuele voorstelling risico
Gedragsveranderingstechnieken & communicatiestijl	- Te veel gesloten vragen	- Motivationele gespreksvoering - Individuele goal-setting - Shared-decision making - Eigen intuïtie - Goede verpleegkundige-patiënt relatie - Begrip tonen bij herval
Self-efficacy	- Stagnatie resultaten patiënt	- Intrinsieke motivatie - Extra training verhoogt self-efficacy - Ervaring verhoogt self-efficacy
Proces		
Planning	- Vertraging project door Covid-19 en praktische problemen	- Follow-up frequentie haalbaar
Aanwerven doelpopulatie	- Systematische uitnodigiding via EMD te tijdsrovend - Exclusiecriteria niet op infofiche	- Rechtstreeks aanspreken (case-finding) tijdens consultatie - Informatiefiche
Aanwerven implementers	- Te weinig kennis elkaars takenpakket in project	- Verpleegkundige hoofdrolspelers in implementatie - Huisartsen tevreden over nieuwe rol verpleegkundige
Impact praktijk en behoud	- Profiling tool	- Coachingtraject - Bewustwording primaire cardiovasculaire preventie

Tabel 4: Samenvatting resultaten

Kenmerken van de interventie

Relatief voordeel

Wanneer de betrokkenen een duidelijk voordeel zien in de effectiviteit van een interventie, is de kans groter dat deze succesvol is. Uit de interviews kwam veelvuldig naar voor dat een systematische aanpak voor primaire cardiovasculaire preventie in de praktijk ontbrak. Er wordt in de praktijk geen gebruik gemaakt van een standaard tool voor het opsporen van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico, noch bestaat er een protocol voor het opvolgen van deze patiënten. Er wordt louter willekeurige of op vraag van de patiënt primaire preventie aangeboden.

> *"Het wordt niet standaard toegepast. Er is geen eenzijdige manier die iedereen gebruikt. Dat de patiënten waar dat bij nodig is niet echt opgespoord worden..."(VPK 1)*

> *"Er kan nog veel meer aan primaire preventie gedaan worden. Secundaire preventie is iets wat je automatisch doet, omdat er al een event geweest is. Primaire preventie komt meestal alleen aan bod als patiënten er zelf om vragen." (HA)*

Een belangrijke barrière om aan primaire cardiovasculaire preventie te doen is de praktische organisatie en implementatie van een dergelijk programma. De implementeerders gaven aan dat het SPICES project daarom een grote meerwaarde vormt, gezien het een uitgewerkt protocol betreft voor de implementatie van risicobepaling en levensstijl coaching voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.

> *"Er wordt nu af en toe wel aan een soort van preventie gedaan, maar dat is dan door een kort gesprek te voeren of door u patiënt zo aanbevelingen te geven. En dit gaat echt uitgebreider zijn, dat gaat echt veel verder, heeft meer diepgang, wordt door iedereen hier toegepast. Dat wordt echt een standaard iets in onze praktijk waar wij aan gaan werken." (VPK 1)*

Design, complexiteit en aanpassingsvermogen

De verpleegkundigen gaven aan dat de interventie veel tijd vergt van zowel de zorgverlener als de patiënt, hetgeen een mogelijke barrière kan zijn voor deelnemers.

> *"Ik denk dat dat soms moeilijk is om mensen te bereiken omdat je van hen vraagt om een inspanning te leveren om mee te werken aan iets, die moeten zich dan op meerdere momenten beschikbaar stellen. En veel mensen hebben een heel druk leven en voor veel mensen denk ik dat dat dan niet altijd haalbaar is.- ..- Ik denk dat het wel heel simpel is, maar het vraagt wel veel tijd." (VPK)*

De profiling tool om het cardiovasculair risico te bepalen en het bijbehorende computerprogramma om deze af te nemen zijn eenvoudig in gebruik. Verpleegkundigen ervaarden de profiling tool echter niet als volwaardig, gezien alcoholgebruik en suikerconsumptie niet werden bevraagd. Dit zorgde voor frustraties bij de verpleegkundigen, gezien een patiënt volgens de profiling tool een 'laag risico' toegekend kreeg hoewel hij ongezonde leefstijlgewoonten had zoals een te hoge inname van alcohol of suikerrijke producten. Bevraging van alcohol- en suikerconsumptie werd aldus bij de profiling toegevoegd en gedocumenteerd in het elektronisch medisch dossier (EMD) voor de verdere opvolging tijdens de coachingsessies.

> *"We vinden zo wat dat er bepaalde dingen niet worden gevraagd in de profiling waardoor dat je eigenlijk een verkeerd beeld krijgt. Iemand kwam in de groene groep en dat was eigenlijk iemand die al zes keer een verhoogde nuchtere suiker had. Voor de rest had die niet echt zware risicofactoren, maar die at elke dag een pak suikerwafels op. En wij moeten dan zeggen: "Ja je bent goed bezig."" (VPK 1)*

“Ik vind dat echt belangrijk, alcohol. Dat is precies of: "Ah dat is oké." Of je zegt: "Ah je bent keigoed bezig." En je weet het niet, maar die drinkt misschien een fles wijn per dag op. Sommige mensen halen het zelf aan. "Ja ik weet dat ik teveel drink." Maar wij vragen er niets over. ” (VPK 2)

“We hebben de reeds besproken frustraties aangepast rondom het ontbreken van alcohol- en suikerconsumptie in de profiling tool. Dit hebben we aangepast. Ik vraag nu bijvoorbeeld automatisch zelf: eet u zoute en/of zoete snacks i.p.v. enkel zoute snacks. We schreven dit dan op in het dossier.” (VPK 1)

Tevens werd de profiling tool niet geschikt bevonden voor de context, namelijk de aanwezigheid medisch geschoolde verpleegkundigen. Zij benadrukten het gebrek aan objectieve parameters, zoals bloeddrukmeting. Ook hebben zij inzage in het elektronische dossier, hetgeen waardevolle informatie bevat. Het ontbreken van deze gegevens in de profiling tool, veroorzaakte twijfels over de accuraatheid van de risico inschatting.

“Ik vind dat dat niet helemaal is aangepast, omdat wij medisch geschoold zijn en omdat het totaal niet de bedoeling is dat je eigenlijk precies zo wat medisch inzicht bij dat project betrekt vind ik. Ook omdat dat perfect ook kan worden afgenomen door mensen die totaal geen medische scholing of inzicht daarin hebben en die gewoon het ding afgaan. Dus ik zou dat beter vinden als wij wat meer gebruik mogen maken van echt dingen die al vastgesteld zijn in het medisch dossier of zelf dingen te meten. Nu zou het kunnen zijn, dus als je het niet doet, dat je eigenlijk gewoon fout antwoord op de vraag. En dat vind ik... Daar voel ik mij niet goed bij. Als ik de vraag stel: "Heb jij een hoge bloeddruk?" Dan wil ik dat liefst zien aan een getal of aan een diagnose in het dossier, maar niet op een antwoord van een persoon die dat er misschien niet op kan antwoorden. ” (VPK 1).

Er was voldoende materiële ondersteuning van het project, zoals het beschikbaar stellen van risico-kaartjes, een Excel tool voor de coaching, lintmeters… Bij de start van het project doken enkele technische problemen op (bv. vragenlijst werd naar alle geprofilede patiënten gestuurd in plaats van degene die in aanmerking kwamen voor de coaching). De verpleegkundigen benadrukten de positieve en vlotte communicatie met het onderzoeksteam, waardoor er voor deze problemen snel een oplossing gevonden kon worden.

Er kwamen veel patiënten in de rode groep terecht, waarvoor geen opvolging voorzien was volgens de opzet van het SPICES project dat zich ook richt op welzijnscentra. In een huisartsenpraktijk is de kans immers groter dat patiënten in de rode groep terechtkomen. Patiënten bleken teleurgesteld wanneer zij niet in aanmerking kwamen voor verdere opvolging. De praktijk besloot echter de rode patiënten ook coaching aan te bieden, na overleg met de behandelende arts.

“En de patiënten ook van "Ja wat kom ik hier eigenlijk doen als ik niet kan opgevolgd worden." Die willen zo wat... allez die stellen nogal veel vragen. Die zeggen dat ook zelf he. Er begon hier zelfs iemand te wenen, omdat ze zo was aangedaan van het resultaat en wij hebben dan gewoon gezegd van: "ja je moet naar de arts." (VPK 2)

“Ja ja. Nu is het ook wel de afspraak: Als er iemand rood kleurt, moeten we het met de arts bespreken. Als die vindt dat wij dat kunnen opvolgen, gaat die dat terugkoppelen, maar als die vindt dat bij hem moet komen, gaat hij dat ook zeggen.” (VPK 2)”

Externe factoren

Patiënt-gerelateerde kenmerken

De praktijk heeft een gevarieerde patiëntenpopulatie. De populatie wordt als relatief jong beschreven met een groot aandeel migranten, studenten en kwetsbare patiënten. Kwetsbaarheid werd door de

implementeerders op verschillende manieren omschreven. Zo werden niet alleen financiële moeilijkheden, maar ook sociale problematiek, ongezonde levensstijl en taalbarrière beschreven als factoren die patiënten kwetsbaar maken. Kwetsbaarheid wordt geassocieerd met de stedelijke ligging van de praktijk.

> *"Mensen die het financieel thuis vaak wat moeilijker hebben. Daarom niet persé, maar die verschillende problemen hebben waardoor ze minder weerbaar zijn. Waardoor ze het soms minder voor zichzelf kunnen opnemen of minder inzichten hebben in bepaalde zaken. Dat kan dan gezondheid zijn of euhm weinig omkadering en weinig structuur thuis, geen job, een alcoholprobleem.." (VPK 2)*

> *"We hebben toch een grote doelgroep binnen die leeftijdscategorie en een kwetsbare populatie. En dan alle contextfactoren in de stad: toch wel wat mensen met risicofactoren rond alcohol, roken en een ongezonde levensstijl. Het project past wel echt in onze populatie." (HA)*

De verpleegkundigen gaven aan dat het net deze kwetsbare populatie is, die nood heeft aan primaire cardiovasculaire preventieprogramma's in de vorm van gezondheidseducatie, aangezien zij door hun kwetsbaarheid vaak over minder gezondheidsvaardigheden beschikken. Verder vormen culturele gewoontes een barrière om gedragsverandering te bewerkstelligen, omdat zij moeilijk te veranderen zijn. Dit maakt dat mensen met een lagere socio-economische als moeilijkere doelgroep wordt ervaren om mee te werken.

> *"Ik denk dat ze meer ondersteuning nodig hebben dan andere mensen die dat het financieel wel goed hebben. Omdat ze soms niet goed beseffen of het inzicht niet hebben of de scholing niet gekregen hebben of een voorbeeld van thuis hebben gekregen in opvoeding van hoe dat die moeten omgaan in het leven met geld spenderen. Of wat wel en niet kan." (VPK 1)*

> *"Juist voor die kwetsbare mensen. Omdat zij vaak minder de inzichten hebben. Hoewel dit ook de moeilijkste doelgroep is om mee te werken. Allez toch moeilijker." (VPK 2)*

> *"Ik merk gewoon zo soms, dus nu hebben wij nog geen mensen gehad van andere culturen, maar je merkt dat sommige mensen heel hard vasthouden aan bepaalde gewoontes en dan is dat er soms wel moeilijk om dat eruit te halen." (VPK 1)*

Niet alleen vanuit zorgverlener-perspectief, maar ook vanuit patiënten-perspectief kunnen armoede of omgevingsfactoren een barrière vormen om deel te nemen aan preventieprogramma's. Zoals bijvoorbeeld het niet in bezit zijn van praktische modaliteiten zoals een computer of geld om gezonde voeding aan te kopen.

> *"Nu natuurlijk de mensen die dat bij L. (maatschappelijk werkster) komen, hebben soms ook al wel andere problemen, huisvestingsproblemen vaak of financiële problemen en dat zijn dan vaak wel barrières om direct zo'n project aan te gaan." (VPK 2)*

Daarnaast werd ook aangehaald dat taalbarrière een belemmerende factor is om mee te doen aan het project. Het is niet altijd mogelijk hiervoor een oplossing te vinden door bijvoorbeeld het herhaaldelijk inschakelen van een tolk of familielid die de vertaling op zich kan nemen.

> *"Ook soms ja de taalbarrière. Wat als we iemand hebben waar het heel moeilijk mee verloopt. Kunnen we 10 keer een tolk inschakelen bijvoorbeeld of kunnen we 10 keer vragen dat er iemand meekomt om te vertalen uit de omgeving." (VPK 1)*

De praktijk werkt met een forfaitair betalingssysteem, waardoor er tegemoet kan gekomen worden aan de mogelijke financiële implicaties van het deelnemen aan preventieprogramma's.

“Er zijn ook wel mensen die dat het bijvoorbeeld financieel moeilijk hebben, maar doordat wij een forfaitaire praktijk zijn dat mensen niet het gevoel hebben dat zij elke keer moeten betalen. Ik denk dat wij daarom ook een goed aanspreekpunt ervoor vormen.” (VPK 1)

Hoewel deze kwetsbare populatie aldus een grote nood heeft aan primaire cardiovasculaire preventieprogramma’s, toch is de groep om wille van bovenstaande factoren moeilijk te bereiken. Welzijnsorganisaties zijn mogelijk laagdrempeliger bereikbaar dan een huisartsenpraktijk.

“Ik denk dat ze op zich wel een heel belangrijke rol zouden kunnen spelen, omdat ze heel laagdrempelig zijn voor mensen. En dat een dokterspraktijk voor mensen misschien zelfs ja, een grotere drempel is dan wordt gedacht. Bijvoorbeeld ik ken iemand die dat iedere vrijdag namiddag activiteiten organiseert in Borgerhout. Daar komen keiveel mensen op af. Ze bewegen dan wel niet heel intensief maar komen dan toch is eventjes buiten, hebben wat sociale contacten.. “ (VPK 2)

Externe beleidsfactoren

De Covid-19 pandemie fungeerde als een grote barrière. Enerzijds gaven de implementeerders aan dat ze als zorgverlener over minder tijd beschikten om aan preventie te doen door een grote werkdruk ten gevolge van de Covid-19 triage. Anderzijds werd het aangaan van contacten ontmoedigd en werd niet-urgente zorg uitgesteld op aanbeveling van de overheid. Doorheen de verscheidene golven werd het project dan ook tijdelijk teruggeschroefd. Desondanks was er een grote respons op het project. Een mogelijk verklarende factor is dat patiënten ongezonder leven door de Covid-19 pandemie.

“Ja, ik heb de indruk ook dat ze liever hebben dat wij nu aan de covidtelefoons werken dan dat wij nu dat wij zoiets zouden doen. -..- Dan 'kunnen jullie nog patiënten voor de spices doorverwijzen'. Als we dat nu zeggen, dan gaan die zeggen van 'ja, je moet eerst dat en dat doen ..’” (VPK 1)

“Er zijn gewoon veel mensen die zeggen: "Ja, ik ben sinds de corona heel veel ongezonder beginnen leven." (VPK 2)

Voorts verdient primaire cardiovasculaire preventie meer aandacht vanuit maatschappelijke en/of overheidsinitiatieven. Bijvoorbeeld via educatie initiatieven, maar ook door meer financiële en structurele ondersteuning van huisartsenpraktijken en welzijnsorganisaties.

“Maar ik denk dat dat overal een standaard meer moet worden, binnen huisartsenpraktijken, maar ook op andere plaatsen dat dat gewoon meer moet gebeuren, omdat je dan veel meer mensen kan bereiken dan op één plaats of op een paar plaatsen. Dat dat in het algemeen meer in de aandacht moet gebracht worden. En meer mensen voor aangesteld moeten worden. ” (VPK 2)

Samenwerking met externe organisaties

De verpleegkundigen gaven aan dat er een enorm aanbod is aan externe organisaties en zorgverleners (bv. diëtisten, kinesisten, psychologen, bewegingsinitiatieven), maar dat er relatief weinig wordt samengewerkt met dergelijke partners. Er is aldus een gebrek aan kennis over de sociale kaart. Door het overaanbod gaat het overzicht vaak verloren en is het moeilijk om vaste en vertrouwde partners te selecteren. Er wordt daarnaast gewezen op het gebrek aan persoonlijke samenwerking en de vaak moeizame of eenzijdige communicatie. Een persoonlijke ontmoeting met een select aantal van deze externe medewerkers, kan de samenwerking faciliteren. Zo werd er veel samengewerkt met de een coaching van ‘Bewegen Op Verwijzing’ (BOV).

“Wij krijgen vaak folders over instanties en organisaties. Maar wij krijgen er zoveel dat we op den duur geen overzicht meer hebben. Wat je ook niet weet is of dat iemand goed is, kan je daar goed mee samenwerken, voldoen zij aan de verwachtingen? Dus dat is niet zo gestructureerd. Wij hebben een

sociale kaart, maar krijgen dan kaartjes van diëtisten en kinesisten en op den duur is dat heel veel, dat blijft dan ergens liggen." (VPK 2)

"We hebben die coach ondertussen nu hier ook uitgenodigd in het team, de artsen weten nu ook wat dat die bewegingscoach is, ... Waardoor dat je er een gezicht op kan plakken, waardoor dat je je ook wel zekerder voelt: "Naar wie stuur je dat juist door?" "(VPK 1)

Er werd ook aangekaart dat de praktijk weinig connecties heeft met lokale huisartsenpraktijken, welzijnsorganisaties of buurtinitiatieven. De verpleegkundigen benadrukten nood te hebben aan meer kennis over de sociale kaart, met name gemeentelijke of lokale buurtinitiatieven.

"Bijvoorbeeld iemand die niet bij de BOV-coach geholpen wilt worden, maar wel in een wandelclub wilt. Dat je in haar buurt, want soms vragen ze heel specifiek dingen, dat je dan echt weet van: "Ahja daar is een wandelclub in Antwerpen en dit." En dat zijn zo ook wel dingen waar dat we toch nog wat meer kennis over zouden kunnen hebben... Dat is wel. "(VPK 2)

Het aanstellen van een maatschappelijk werker in de praktijk, kan een oplossing bieden voor bovengenoemd probleem. Deze kan fungeren als brug tussen welzijnsorganisaties en externe organisaties in de lokale gemeenschap enerzijds en de huisartsenpraktijk anderzijds. Zij kan inspelen op de noden van kwetsbare groepen en op een laagdrempelige manier doorverwijzen naar dergelijke externe initiatieven en vice versa.

"Ik denk dat dat echt een blinde vlek is waar we nog mee zitten. Maar dat is absoluut iets waar we ons bewust van zijn. Dus ik denk dat dat al een goede stap is. En dat is zeker ook de reden waarom we nu die sociaal werkster hebben aangenomen, om dat stukje te kunnen mee integreren in onze patiëntenzorg. Omdat een patiënt is meer dan alleen zijn probleem waarvoor hij komt. Vaak zijn daar achtergrondcontext factoren die meespelen, waar je als huisarts 1) niet altijd zicht op hebt en 2) niet altijd het fijne van weet en hoe kan ik die daar dan mee hepen. Dus ik denk dat het heel complementair is om dan iemand te hebben die dat daar tijd en kennis van heeft om het missende puzzelstukje compleet te maken." (HA 1)

Naarmate de coaching sessies vorderden werd regelmatig aangekaart dat patiënten de financiële implicaties van een doorverwijzing als grote drempel ervaren. Daarnaast wilden patiënten ook omwille van de vertrouwensband de volledige opvolging van de coaching bij de verpleegkundige doorbrengen. Een valkuil is dat de verpleegkundige door deze financiële barrière tracht alle taken op zich te nemen. Het is belangrijk dat elke zorgverlener binnen zijn/haar vakgebied blijft. Afgebakende criteria om door te verwijzen, een goede kennis van de sociale kaart en samenwerking met deze externe partners, kan een oplossing bieden.

"Soms zie je wel bij mensen van: "Die zou naar een diëtist moeten of beweging op verwijzing." En die zijn wel echt geïnteresseerd, die willen dat. En gewoon omdat dat geld kost, willen die niet gaan. Of het feit dat ze dan met u een vertrouwensband mee hebben, willen ze bij jou blijven." (VPK 1)

"Hetzelfde met dieetadvies denk ik, dat we daar wat aan het, voorzichtig in zijn, dat je dan ook niet de partners die je ervoor hebt, dat je op tijd doorverwijst hé. Dat is misschien nadeel van dat project omdat je het allemaal wilt aanbieden, kosteloos voor de patiënt, euhm, en dat je dat dan die rol bij de verpleegkundige legt, die daar zeker een deel van kan opnemen maar dat je dan uw doorverwijzing naar uw paramedici voor meer te bewegen of voor diëtiek, dat je dat dan, dat dan teveel bij de verpleegkundige blijft liggen terwijl je dat anders zou doorsturen hé, dat je met die kost dan misschien wat bezig zijt." (PM)

Impact op de deelnemer

Er was veel interesse en een grote respons op het SPICES project bij de deelnemers en zij reageerden positief op het project. Er werden ongeveer een vijftiental deelnemers opgevolgd voor de

coachingsessies. Loss to follow-up kwam weinig voor en de oorzaak was vaak onbekend. Er werd niet actief opzoek gegaan naar redenen voor drop-out, gezien dit buiten het bestek van de studie viel. Samengevat is de impact op het merendeel van de deelnemers zeer positief geweest en hebben de verpleegkundigen door middel van de verschillende coaching sessies gedragsverandering kunnen bewerkstellingen. Verscheidene deelnemers wensten verdere opvolging na het voorziene SPICES traject.

> *"Ik heb ook zo één iemand nu en dat is echt wel, allez, iemand die niet bewoog. En nu zit die, die is vroeger opgenomen geweest voor een alcoholverslaving, is er al lang vanaf nu. En die gaat nu zo in Stuivenberg sporten, met mensen met een psychische aandoening..., die dat daar vroeger verbleven zijn ofzo. En die is met tafeltennis begonnen en euhm die eet ook wel gezonder, dus dan ik denk ook wel van 'oké, dat is ook wel al kei goed... Terwijl dat die echt wel van niks kwam en die blijft dat wel volhouden zo..." (VPK 2)*

> *"Ze blijven, ze willen ook blijven komen. "Ja wat als het project stopt, kan ik dan nog blijven komen?" of "Kan ik los van het project, voor dat komen?" Ze willen echt wel zelf. Of die echt zeggen van: "Amai sinds dat ik hier ben beginnen komen, heb ik 'dat' al bereikt." (VPK 1)*

Interne factoren

Structurele kenmerken

Het multidisciplinaire karakter van de praktijk leent zich uitstekend om aan cardiovasculaire preventie te doen en het SPICES project in te bedden in de dagelijkse praktijkvoering. Zo is er reeds een samenwerking met de diëtist, hetgeen behulpzaam kan zijn voor het project.

> *"Het is zeker een multidisciplinaire praktijk omdat er hier echt wel verschillende specialismen zowat samen zitten. Euhm, ik denk dat dat ook wel een voordeel is voor de praktijk dat het hier heel toegankelijk is voor de patiënten omdat er hier voor verschillende problemen een oplossing kan vormen." (VPK 1)*

De rol van de verpleegkundigen in de praktijk evolueerde doorheen de jaren van een meer instrumentele, naar geïntegreerde rol met toenemende autonomie. Patiënten kunnen zelfstandig een afspraak bij hen maken en de verpleegkundigen kunnen op hun beurt patiënten zelf inplannen voor follow-up consultaties. Ze werken aldus zelfstandig en ter ondersteuning van de artsen. Deze laatste hebben het leiderschap in de praktijk, maar dit wordt niet als een barrière ervaren. Een mogelijke valkuil is echter dat sommige artsen moeite hebben met het delegeren van taken aan de verpleegkundige.

> *"Er is nog altijd een hiërarchie, dat is wel zo. De leiding wordt vooral door de vaste artsen genomen. -…- Naar mijn gevoel is dit niet slecht." (VPK 2)*

> *"Dus ik denk dat er in het begin ook veel meer voor de techniciteiten beroep werd gedaan op de verpleegkundige, maar dat er dan een switch is gekomen door het feit dat de patiënten de verpleegkundige ook in haar hoedanigheid zijn gaan appreciëren. - ..- Ze doet zelfstandige consultaties, mits het gekaderd is. -…- Maar dat er ook wel wat autonomie gekomen is dat de verpleegkundige zelf patiënten een nieuwe afspraak durft te geven" (HA)*

> *"… maar ik merk dat het voor sommige artsen toch moeilijk is om zaken uit handen te geven aan een verpleegkundige. Dat blijft moeilijk. " (VPK 2)*

Netwerk en communicatie

Een goede, efficiënte communicatie tussen praktijkleden is essentieel om de implementatie van het project te doen slagen. Er is een wekelijks overleg met alle praktijkleden waarbij de algemene praktijkwerking en belangrijke topics worden besproken. Daarnaast zijn er veel informele contactmomenten tussendoor. Hoewel de teamleden beschreven dat er een aangename sfeer heerst, wederzijds respect en veel collegialiteit is, toch was er nood aan meer en gestructureerde overlegmomenten aangaande het SPICES project. Door een gebrek hieraan, sleepten frustraties te lang aan en werd hier niet tijdig op ingespeeld hetgeen de implementatie van het project negatief beïnvloedde (zie sectie 'Proces').

> *"Er is een wekelijks overleg op maandag - ..- Daar wordt steeds open en eerlijk gezegd. Er wordt elkaars advies gevraagd. Artsen zijn ook heel collegiaal tegenover elkaar. Ik vind dat de samenwerking hier toch wel goed verloopt en dat het zeker niet ieder voor zich is." (VPK 1)*

> *"Ik heb altijd al gevonden dat dat beter kon. - .. - Bijvoorbeeld tijdens de vergadering merk ik dat dit niet altijd structureel verloopt. Het zijn vaak puntjes door elkaar. Het is al wel verbeterd doorheen de jaren, maar het kan nog beter. " (VPK 2)*

> *"Ik denk dat we uit dit project echt wel de les moeten trekken dat we in de toekomst korter op de bal moeten spelen. In het begin waren er frustraties rondom het project, die te lang aansleepten. We moeten hier sneller over communiceren, samenzitten en naar oplossingen zoeken." (HA)*

Als mogelijke verklarende factoren voor dit gebrek aan communicatie en overlegmomenten, werd tijdsgebrek aangehaald. Ook de eigenheid aan meningen maken onderlinge communicatie soms moeilijker. Het is niet altijd mogelijk om met ieders wensen en behoeften rekening te houden, hoe hard men hier ook naar streeft.

> *"Er is te weinig tijd op de teamvergadering voor overleg over het SPICES project." (VPK 1)*

> *"Zo goed en zo kwaad als het kan. Iedereen heeft zijn eigenheid, dus ik denk dat dat niet altijd even simpel is. En heel vaak word je meegesleurd in het ritme van de dag, de drukte van de tijd. Dus ik denk dat dat soms wel bepaalde frustraties of moeilijkheden geeft op persoonlijk niveau bij de artsen. Maar ik denk dat het gemeenschappelijke doel van een kwaliteitsvolle zorg te leveren aan de patiënten, dat dat iets is dat we heel hard gemeenschappelijk hebben. En dat dat hetgeen is waar we onze kracht in vinden, ook al zijn er soms moeilijkere situaties. Maar het is niet altijd even simpel om iedereen met zijn eigenheid, zijn eigen mening, zijn eigen beperkingen en eigen talenten, om hen in een groot team te laten functioneren." (HA)*

Een praktijkmanager kan hiervoor een oplossing vormen en de communicatie tussen de zorgverleners (artsen en praktijkverpleegkundigen) faciliteren. Halverwege het project werd er een praktijkmanager aangeworven, dewelke van het SPICES project een vast agendapunt maakte tijdens het wekelijkse teamoverleg. Sindsdien liep de communicatie over het project merkelijk beter.

> *"Ja, ik denk dat dit ook deels verbeterd is nadat Caroline (praktijkmanager) in de praktijk is komen werken. Zij heeft ervoor gezorgd dat het SPICES project systematisch besproken werd op de wekelijkse vergadering. Voorheen werd er enkel 'tussen de soep en de patatten' eens over gesproken." (VPK 1)*

Cultuur en implementatieklimaat

Alle praktijkleden proberen de missie en visie uit te dragen, namelijk een laagdrempelig en breed zorgaanbod aan elke patiënt, ongeacht zijn of haar socio-economische afkomst. Deze missie ligt in lijn met het doelpubliek van SPICES.

> *"Ik denk dat wij hier echt wel allemaal op eenzelfde manier kijken naar de patiënten en dat wij mensen niet in hokjes plaatsen, dat wij wel een open visie hebben naar alle mensen toe naar alle culturen en dat*

wij niet iemand anders behandelen of iets anders doen. Dat wij bij iedereen proberen hetzelfde te doen en hetzelfde te betekenen." (VPK 1)

Naast een gemeenschappelijk gedragen visie, stonden ook alle respondenten achter het doel van het preventieprogramma. Ze benadrukten de nood bij de patiëntenpopulatie, alsook het geloof in de het succes van de interventie. Overtuigd zijn van het nut van een interventie is een belangrijke pijler voor het succes ervan. Zo ook achtten de huisartsen cardiovasculaire preventie als een belangrijke taak voor de eerstelijnszorg.

"Er is een heel grote nood aan en willen heel graag aan preventie werken. - .. - "Ik denk dat het project heel goed gaat werken, omdat het toch een belangrijk doel is van ons, een taak die van ons verwacht wordt "(HA)

"Ik denk dat dat toch wel redelijk belangrijk is om daar zo snel mogelijk mee te beginnen, omdat hart en vaatziekten de nummer 1 doodsoorzaak zijn in de wereld. Dus ik zou daar eerst mee beginnen voor ik andere zaken ga aannemen. Dus ik denk dat dat toch een heel grote prioriteit heeft."(VPK 2)

Gereedheid voor de implementatie

Beschikbare bronnen

Beschikken over voldoende tijd om de implementatie te volbrengen is een belangrijke facilitator. De verpleegkundigen hadden voldoende tijd, dewelke de artsen tekort schoten. Het project is haalbaar omdat er twee verpleegkundigen zijn, waardoor de werkdruk gespreid kon worden en ze eveneens advies en steun bij elkaar vonden. Hoewel er voldoende tijd voorhanden was, benadrukten de verpleegkundige toch de nood aan afgebakende tijdsbesteding voor het project en afwisseling binnen het takenpakket. Het secretariaat hielp met het inplannen van afspraken en hield rekening met het spreiden van de consulten. Ook was er voldoende fysieke ruimte.

"Ik denk het tijdsgebrek (van de artsen), maar daarom is dat ook goed dat dat aan ons, de verpleegkundigen, besteed kan worden. Voor onszelf geen concrete problemen. Wij moeten daar gewoon tijd voor voorzien. Wij kunnen er desnoods zelfs een huisbezoek van maken." (VPK 2)

"maar we moeten gewoon ook zien dat we niet zo drie afspraken op één dag... Dat is wel veel, omdat dat dan bijna drie uur in beslag neemt. Dus hebben we wel gevraagd om dat ook wat meer te verdelen en niet meer dan twee per dag. Dat je niet het gevoel hebt om alleen daarmee bezig te zijn en ook het gevoel dat je ook nog andere dingen kan doen." (VPK 1)

Toegang tot kennis en informatie

Een zeer belangrijke facilitator is een adequate, doorgedreven training inzake gedragsveranderingstechnieken of behavioural change counseling (BCC) om de coaching sessies te kunnen volbrengen. Verpleegkundigen beschouwden de training rondom de profiling die door het SPICES team werd voorzien als voldoende. Training over gedragsveranderingstechnieken en motivationele gespreksvoering komt aan bod tijdens de opleiding VIHP, doch bleek onvoldoende om het project uit te voeren. Het trainingsmoment omtrent coaching voorzien door de onderzoeksgroep werd eveneens als ontoereikend beschouwd om BCC goed te kunnen toepassen. De verpleegkundigen benadrukten vooral dat zij nood hebben aan praktische opleiding, in plaats van louter theoretische kennis.

"In de opleiding van verpleegkundige in een huisartspraktijk vond ik eigenlijk dat er te weinig diepgang was in bepaalde punten rond cardiovasculaire preventie. Ja, wij hebben wel inderdaad geleerd hoe je gedragsverandering kan teweegbrengen zo met die fases. -..- Ik vind dat wij daar eigenlijk te weinig ervaring rond hebben. Je ziet daar zo wel theorie over, maar het is door dat echt in de praktijk vaak te doen dat je weet hoe je dat moet aanpakken". (VPK 2)

"Maar ik vond zo één coachingsmoment met zo wat uitleg van hoe je dat moet aanpakken... Daarmee kan je het niet allemaal." (VPK 1)

Het SPICES team heeft hierop ingespeeld en een supervisiemoment door een expert-coach gespecialiseerd in BCC georganiseerd. De verpleegkundigen kregen feedback op een video waarin zij een coaching sessie met een patiënt voerden. Deze training vormde een grote meerwaarde en versterkte hun competenties.

"Ja doordat die L. (BCC coach) ons zowat feedback heeft gegeven, kunnen we dat nu ook gewoon op een andere manier in de SPICES toepassen. Dat was echt wel heel leerrijk en zinvol. " (VPK 2)

Naast competenties over gedragsveranderingstechnieken is ook kennis over algemene richtlijnen inzake gezonde voeding en beweging noodzakelijk. De verpleegkundige voelde zich bijvoorbeeld niet bekwaam in rookstopbegeleiding en volgde hiervoor een extra training. Desondanks leek de basiskennis van de verpleegkundigen in de meeste gevallen voldoende om aan de hulpvraag van de patiënt te voldoen. Wanneer specifiekere begeleiding werd nodig geacht, werd doorverwezen (zie' Samenwerking met externe instanties').

"Ik denk gewoon sowieso een beetje algemene kennis van wat de richtlijnen kunnen zijn, wat de streefdoelen zijn binnen de bevolking, da je weet wat de normale grenzen zijn. -..- We verwezen ook zelf naar de voedingsdriehoek en raadden een stappenteller aan enzo. Die tools kenden we al." (VPK 2)

"Vaak werk je met mensen die niets bijna doen he. En dan is het dat niet moeilijk. Maar er is iemand die hier komt en die is 50 jaar en die loopt nog marathons en die begint heel specifieke vragen te stellen over wat mag ik eten van eiwitten of dergelijke... Ja dat is iets helemaal anders he." (VPK 1)

<u>Betrokkenheid van leiderschapsfiguren</u>

Ondersteuning en betrokkenheid van leiderschapsfiguren is een belangrijke facilitator. De verpleegkundigen omschreven de artsen als leiderschapsfiguren. Een goede samenwerking en wederzijds vertrouwen tussen arts en verpleegkundige is primordiaal voor de implementatie van het SPICES project. De verpleegkundigen ondervonden echter onvoldoende steun en betrokkenheid van de artsen. Zo ervaarden zij een gebrek aan doorverwijzing van patiënten en feedback.

"Ik mis nog altijd wat de betrokkenheid van de artsen hierin. Je hoort er eigenlijk heel weinig van, feedback van: "Ik heb die patiënt gezien, die is bij u geweest." Ik had wel verwacht van meer feedback, meer samenwerking te hebben met de artsen van die SPICES." (VPK 2)

"Op zich vond ik wel de samenwerking met de artsen beperkt. Wij deden eigenlijk alles alleen. Wij kregen van veel van de artsen niet veel patiënten door." (VPK 1)

Kenmerken van de implementers

Kennis en overtuigingen van de interventie

<u>Risico-communicatie</u>

Na de profiling werd het risico aan patiënten gecommuniceerd aan de hand van visuele risicokaartjes met een kleurencode (groen, oranje of rood). Het visualiseren van dit risico is belangrijk om patiënten te overtuigen van het belang van diens risico. De confrontatie met een negatief (rood) resultaat deed patiënten schrikken, maar werkte vaak motiverend.

"Ik denk dat het visueel maken van het risico heel belangrijk is. Je hebt toch ook wel echt een tool nodig om het risico te onderbouwen en het dan visueel voor te stellen. Dit werkt toch meer overtuigend." (VPK 2)

"En dan uiteindelijk komen ze in de rode groep en dan schrikken sommige mensen daar soms wel van. Zo'n beetje confronterend, terwijl dat ze dachten dat ze beter bezig waren dan dat het eigenlijk is. Dus ik denk dat dat wel voor veel mensen eens goed is om te beseffen en in te zien. En die zijn dan meestal wel allemaal gemotiveerd om er iets aan te doen. " (VPK 1)

De huisarts gaf aan dat zij risico-communicatie moeilijk vindt, gezien het soms delicate karakter van gesprekken over het gewicht. Bijgevolg vermijdt ze soms dergelijke gesprekken. Uit bevragingen bij de verpleegkundigen kwam dit niet naar voren.

"… Het is ook soms moeilijk om de patiënten te motiveren of zorgt dit voor moeilijke gesprekken. Bijvoorbeeld iemand heeft overgewicht en je wilt aankaarten dat dat toch een belangrijke risicofactor is. Dat is niet altijd leuk om te horen voor een patiënt. Dus misschien dat je daardoor vaker durft zeggen, nee ik ga hier niet aan beginnen... Als je het goed wilt doen, vergt dit wel wat tijd."(HA)

<u>Gedragsveranderingstechnieken en communicatiestijl</u>

Na de risico-communicatie, informeerden de verpleegkundigen de patiënten over de gevolgen van een ongezonde levensstijl. Zij peilden naar hun motivatie conform de motivationele gespreksvoering en legden de fasen van gedragsverandering uit aan de patiënt. Tijdens de coaching werd voornamelijk gebruik gemaakt van individuele goal-setting. Het is belangrijk dat deze individuele doelen haalbaar zijn. De verpleegkundigen gaven ook meermaals aan dat gedragsverandering niet te directief mag zijn en vanuit de patiënt zelf moet komen. Dit concept van shared-decision making vormt aldus een belangrijke techniek in BCC. Naast deze technieken maakte de verpleegkundige ook gebruik van haar eigen intuïtie bij BCC. Verschillende patiënten vereisen verschillende gedragsveranderingstechnieken.

"Dan maken we op het einde van de coaching doelen voor de volgende keer en die laat ik ze dan altijd opschrijven zelf. En dan nog eens nadenken: "Vind je dat oké? Sta je erachter?" En dat ze zelf die doelen dan die doelen nog eens hardop zeggen en opschrijven. Ze hangen dat wel soms op enzo." (VPK 1)

"Dat ik vooral ook de patiënt zelf ook moet laten nadenken, dat ik hem zelf naar oplossingen moet laten zoeken. -…- dat je bv. vraagt van: "Wat zou een oplossing…? Hoe zou je die barrière die je daar hebt, kunnen oplossen?" Dat het van de patiënt zelf komt.. - ..- En proberen niet te veel oplossingen aan te reiken. Dat zijn natuurlijk ook dingen, omdat je vanuit je hulpverlenersrol geneigd bent om heel veel, ja oplossingsgericht te gaan denken. Dat je daar toch wat voor moet oppassen." (VPK 2)

"Ik doe dat gewoon vanuit mijn eigen aanvoelen en kennis van die patiënt en zijn dossier en wat dat hij antwoordt." (VPK 1)

Een goede communicatiestijl en een goede verpleegkundige-patiëntrelatie bevordert de BCC. Het stellen van open vragen in plaats van gesloten vragen draagt eveneens bij tot een effectievere communicatie. Een goede opvolging en begrip tonen bij herval bleek ook belangrijk.

"Hij vond wel dat we beide een goede band met onze patiënt hadden. Dat we een goede communicatie hadden enzo (reactie op feedback moment)" (VPK 2)

"Ja ik had vooral heel, allez dus ik had ook de moeilijkste persoon die dat ik zelf vond. En waar dat ik een heel moeilijk contact precies mee had. Ik had die ook gefilmd, omdat ik er zo mee vastzat. En daar was uitgekomen dat ik heel veel vragen had gesteld. Terwijl dat ik eigenlijk meer open vragen had moeten stellen." (VPK 1)

"Op voorhand al zeggen dat een terugval heel normaal is. Dat dat heel vaak gebeurt. Dat dat erbij hoort en daarom niets negatief is. Maar dat je van elke terugval kan leren. Kijken wat de oorzaak was van de terugval. En dat hij zeker niets verkeerd deed met die terugval, dus vooral niet beoordelend zijn." (VPK 1)

Self-efficacy

Initieel voelde de verpleging zich matig competent om de coaching sessies uit te voeren, maar door de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen zelf in combinatie met de extra supervisie sessie, kon deze onzekerheid overwonnen worden. De self-efficacy nam toe naarmate het project vorderde en de implementers meer ervaring opdeden. Wanneer patiënten positieve resultaten boekten (bv. minder frisdrank consumeren, meer bewegen) bekrachtigde en versterkte dit hun competenties.

> *"Op zich heb ik gewoon zoiets van 'Kom we springen er gewoon in en ik zie wel wat er van komt'. Ik voel me nu ook niet dé persoon om die motivationele gespreksvoering te gaan toepassen, maar ik ga dat gewoon leren door het te doen". (VPK 2)*

> *"Ja ik leer daar elke keer sowieso zelf ook uit dat je ineens bekomt dat dat misschien een goede strategie is om aan te pakken en dat je merkt dat dat bij die persoon echt aan... dat dat echt werkt. -...- En zeker als je merkt dat je iets bereikt hebt, geeft dat wel een goed gevoel dat je iets kan betekenen en dat het echt iets uithaalt de tijd die je erin steekt. Dat is gewoon, ik denk dat dat een traag leerproces is. " (VPK 1)*

De self-efficacy verminderde wanneer de vooropgestelde doelen van de patiënt niet werden bereikt of de evolutie stagneerde. De verpleegkundige zocht de verantwoordelijkheid hiervoor bij haar eigen competenties inzake BCC in plaats van bij de patiënt. Dit zorgde voor onzekerheid.

> *"maar vanaf dat ik zo voel van: "Oei ik zit hier zo wat vast." Je wil ook niet onprofessioneel overkomen. Ja als je voelt dat je met iemand niet vooruit geraakt he. Of minder he. Of mensen die afzeggen, maar dat hebben we eigenlijk nog niet gehad, maar dan ga je ook denken: "Oei waarom?". Of het dan niet bij jezelf leggen natuurlijk, maar dan ga je misschien ook denken of dat meespeelt. "(VPK 1)*

Proces

Planning

Zoals hierboven reeds besproken was de vooropgestelde planning door de Covid-19 pandemie niet helemaal haalbaar, gezien het project minder prioriteit genoot. Voorts werd een tijdelijke pauze ingelast door frustraties rondom de profiling tool en opvolging van de rode groep. Na de nodige aanpassingen werd het project verder gezet.

De vooropgestelde frequentie van follow-up bij patiënten in het coachingtraject was haalbaar en werd goed nageleefd. Een Excel bestand met planningstool beschikbaar gesteld door het SPICES team, faciliteerde deze planning. Indien nodig werd de follow-up frequentie aangepast naargelang de nood van de patiënt.

> *"Maar ook aan de hand van dat Excel bestand he. Dan genereert dat zo'n datum wanneer dat ze moeten terugkomen en dat lukt eigenlijk echt wel heel goed. De mensen komen ook echt wel op die datum en anders wordt dat eens naar een dag later verzet, maar dat is nog niet zoveel moeten voorvallen" (VPK 1)*

> *"Maar bij sommige mensen ga je misschien ook juist vinden van: "Hmm, ik wil die toch liever sneller terugzien dan een maand." Ja dat is echt wat individueel verschillend." (VPK 2)*

Aanwerven van doelpopulatie

De interventie valt of staat met een goede rekrutering van het doelpubliek. Patiënten werden voornamelijk gerekruteerd via rechtstreeks aanspreken tijdens de consultatie door de verpleegkundige of arts. Verdere aanwerving vond plaats door kortere contactmomenten, zoals het

griepvaccinatie moment. Patiënten werden voornamelijk benaderd op basis van de klinische inschatting van arts/verpleegkundige dat de patiënt tot de doelgroep zouden behoren (case-finding). Patiënten kregen na een korte uitleg van het project een infofiche mee (zie bijlage 7). Daarnaast werd deze afgebeeld in de kabinetten van de artsen en op een TV scherm in de wachtzaal. De eerste methode bleek het meest succesvol en genoot de voorkeur tevens omwille van de mogelijkheid tot mondelinge toelichting.

> *".. Want zo hebben we ook uiteindelijk de meeste mensen zelf bereikt toen dat we bij de griepvaccinatie of bij andere consulten zo zelf ineens, als we zien dat dat iemand is die wel geschikt zou zijn, dat gewoon vragen. En zo hebben we die eigenlijk allemaal tot bij ons gekregen." (VPK 1)*

> *"Dat je ook meteen een uitleg erbij kan geven. Dat ze weten waaraan en waaraf. Want als je dat zelf moet lezen op een papiertje, gooien die dat vaak weg of nemen ze de tijd daar niet voor of weten ze toch niet helemaal wat de bedoeling is. Terwijl als je dat op die moment uitlegt dat dat nog altijd wel het meeste impact heeft. "(VPK 2)*

Exclusiecriteria werden niet vermeld op infofiche, waardoor veel patiënten uit rode groep werden aangeworven en minder uit de oranje groep. Een ander nadeel van case-finding is dat kwetsbare patiënten die niet frequent op doktersbezoek komen, gemist worden. Een alternatieve manier om de doelgroep beter bereiken is het systematisch uitnodigen van patiënten die tot de doelgroep behoren via brieven of e-mail na extractie uit het elektronisch medisch dossier. Gezien de reeds grote respons op het rechtstreeks aanspreken, werd door tijdsgebrek deze manier van rekrutering niet toegepast.

> *"Ik denk dat we kunnen stellen dat het doel van het project, namelijk het bereiken van de oranje groep, dat dit we hier absoluut in gefaald zijn. We hebben voornamelijk de rode groep bereikt." (HA 1)*

> *"Mensen die echt totaal geen tijd hebben en die weinig naar de dokter komen, die zullen we inderdaad toch niet echt bereiken. Dat vind ik eigenlijk een moeilijke vraag. Daar moeten we misschien toch nog eens goed over nadenken van: "Hoe rekruteren we die mensen eigenlijk he?" (VPK 2)*

> *"De Covid pandemie was echt een barrière. Hierdoor hebben we bijvoorbeeld niet systematisch alle patiënten van 40-75 jaar aangeduid. We hebben hier wel een lijst van gemaakt in Daktari, maar dan moesten we 2000 patiënten aanschrijven. Hier was geen tijd voor." (PM)*

Aanwerven van implementers

Het project werd hoofdzakelijk uitgevoerd door de verpleegkundigen, gezien zij de belangrijkste inhoudelijke taken op zich namen zoals de risicobepaling, risicocommunicatie en coaching van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. De artsen erkenden dat het project zonder verpleegkundigen niet mogelijk zou geweest zijn en dat zij perfect geschikt zijn om dergelijke taken van de artsen over te nemen. Niet alleen omwille van hun kennis, maar ook doordat zij een andere en soms hechtere zorgverlener-patiënt relatie hebben.

> *"We hadden dit project nooit kunnen realiseren zonder de verpleging. Het is essentieel dat er praktijkverpleegkundigen zijn om dit uit te voeren."(HA 1)*

> *"Ik denk dat de verpleging hiermee toch een nieuwe rol heeft gekregen. Zij doen nu een stukje van de opvolging, die wij normaal in mindere mate deden. Hiermee hebben we toch een soort taak kunnen overhevelen. Ik denk dat ze hier ook uitermate geschikt voor zijn. Zij hebben vaak een andere band met de patiënt dan wij. Ik denk dat patiënten soms meer kwijt durven aan de verpleging, dan bij ons als arts" (HA 2 uit focusgroep)*

Daarnaast was de aanwezigheid van een praktijkmanager een facilitator voor de implementatie van het project, zoals in de sectie 'Netwerk en Communicatie' reeds werd toegelicht. Zoals in het topic 'Betrokkenheid van leiderschapsfiguren' werd besproken, werden de huisartsen beschouwd als

belangrijkste leiders voor de implementatie van projecten in de praktijk in het algemeen. Zij dragen de eindverantwoordelijkheid en worden geacht mee belangrijke beslissingen te nemen. De verpleegkundigen percipieerden de betrokkenheid van de artsen echter als ondermaats. Een mogelijke barrière hiervoor was een onduidelijke omschrijving van het takenpakket van de huisartsen. Zij wisten niet wat er van hen verwacht werd wanneer een patiënt uit de rode groep - volgens het protocol - naar hen verwezen werd. Ook gaven de verpleegkundigen aan dat de artsen onvoldoende op de hoogte waren van de inhoud van het project, zoals kennis van de profiling tool, het computer programma en inzage in de vragenlijsten. Dit zorgde op zijn beurt voor frustratie bij de artsen, waardoor hun betrokkenheid nog meer afnam. Een goede kennis van elkaars takenpakket is aldus belangrijk om de interventie te doen slagen.

> *"Ja de artsen komen vooral met de vraag: "Wat is juist de bedoeling dat ik juist doe?" .. De artsen kunnen bv. zeggen van: "ja we starten met medicatie, we kijken dat na." Maar wat met die andere werkpunten van beweging en voeding? Wat wordt daar dan concreet mee gedaan? Ik denk dat dat niet helemaal duidelijk is." (VPK 2)*

> *"Wel een beetje van het begin af aan zo...dat die zo niet echt... Ik denk dat die nooit, allez, ik denk dat we van begin af aan dat computerprogramma ook is hadden moeten laten zien, welke vragenlijsten enzo" (VPK 2)*

Impact praktijk en behoud

Zoals reeds aangehaald in de sectie 'Kenmerken van de interventie' was de profiling tool om het risico in te schatten niet aangepast aan de context van de eerste lijn en zal deze dus niet behouden worden. Het coachingtraject en het gebruik van bijbehorende gedragsveranderinstrategiëen werden als succesvol ervaren en zullen meegenomen worden naar toekomstige initiatieven. Het project prikkelde de verpleegkundigen tot het volgen van bijkomende opleidingen na afloop van het programma. Het project creëerde tevens een bewustwording van het hele praktijkteam omtrent de nood van primaire cardiovasculaire preventie en motivatie om hier verder in te gaan.

> *"Ik denk wel dat het project heel waardevol is en dit een goede aanzet heeft gegeven om aan preventie te werken. We gaan als praktijk nog eens goed moeten samenzitten om te bekijken hoe we dit juist gaan doen: gaan we enkel focussen op cardiovasculaire preventie of over algehele gezondheidspromotie. Hoe gaan we de patiënten uitnodigen? De coaching sessies zijn alvast heel succesvol en waardevol gebleken." (HA 3 uit focusgroep)*

> *"Als we niet in SPICES gestapt waren, zouden we nooit die extra training rondom motivationele gespreksvoering gevolgd hebben". (VPK 2)*

Discussie

Deze studie had als doel de barrières en facilitatoren bij de implementatie van een complex preventieprogramma voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten in één stedelijke, multidisciplinaire huisartsenpraktijk te onderzoeken. Aan de hand van pre-, per- en postimplementatie interviews werden de ervaringen van twee praktijkverpleegkundigen, één huisarts en een praktijkmanager in kaart gebracht. Toepassing van de CFIR domeinen maakt het mogelijk om de factoren die het implementatieproces beïnvloeden op een systematische wijze te identificeren. Op die manier kunnen aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd worden. De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek worden hieronder aangehaald.

Dit onderzoek illustreerde de nood aan een kant-en-klaar systematisch, wetenschappelijk onderbouwd protocol voor de primaire preventie van hart- en vaatzieken, bestaande uit risicobepaling (profiling) en coaching door middel van gedragsveranderingstechnieken. De aanwezigheid van dergelijk protocol fungeerde als facilitator, gezien dit in de onderzochte huisartsenpraktijk ontbrak. Het protocol dat voorzien werd door de SPICES onderzoeksgroep, was echter niet volledig aangepast aan de eerstelijnssetting. De profiling tool was namelijk gekozen voor zijn toepasbaarheid door niet-medisch geschoolden, waardoor geen gebruik werd gemaakt van objectieve metingen zoals bloeddrukmeting. De bevindingen van dit onderzoek benadrukken aldus de nood aan een goede, wetenschappelijk onderbouwde profiling tool die aangepast is aan de medische expertise van zorgverleners in de eerste lijn (huisartsen, verpleegkundigen). Gezien de profiling tool inherent was aan de interventie, kon deze niet gewijzigd worden. De SCORE-tool, die toegelicht wordt in Domus Medica richtlijn kan een alternatief vormen (11). Verder onderzoek is nodig over de het gebruik, de inhoud en implementatie van een wetenschappelijk onderbouwd, praktisch toepasbaar preventieprogramma door praktijkverpleegkundigen en huisartsen in de Belgische eerste lijn.

Een andere belangrijke bevinding uit dit onderzoek was dat praktijkverpleegkundigen uitermate geschikt zijn voor het opnemen van cardiovasculaire preventie in hun takenpakket. Enerzijds gaven zij aan over de juiste basiskennis te beschikken, gezien cardiovasculaire preventie onderdeel uitmaakt van de opleiding Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk (VIHP). Een andere belangrijke component is hun unieke verpleegkundige-patiëntrelatie. Zo werd aangehaald dat patiënten soms zaken kwijt durven aan een verpleegkundige, die zij niet aan een arts durven vertellen. De verpleegkundigen in dit onderzoek hanteerden daarnaast een open, empathische manier van communicatie. Tot slot hebben de verpleegkundigen meer en meer een geïntegreerde rol en kunnen zij goed samenwerking met huisartsen en externe instanties. Voorts beschikken zij ook over de ruimte om toegewijde tijd voor preventie in te plannen .
Door dergelijke taken, zoals primaire preventie, over te hevelen aan praktijkverpleegkundigen kunnen belangrijke barrières van artsen, zoals tijdstekort, worden ingelost. Hoewel in de pre-implementatie fase door verpleegkundigen werd aangegeven dat sommige artsen moeite hebben met het delegeren van taken in de praktijk, bleek dit voor het SPICES project geen probleem te vormen. Uit het post-implementatie onderzoek kwam meermaals naar voren dat zowel de verpleegkundigen als de artsen enthousiast waren over deze nieuwe rolverdeling. Deze resultaten komen overeen met bevindingen uit het literatuuronderzoek (15, 18, 19). Dit sluit aan met de aanbeveling van de European Society of Cardiology om praktijkverpleegkundigen in te schakelen voor primaire cardiovasculaire preventie in nauwe samenwerking met huisartsen en andere zorgverleners(15).

In dit onderzoek was de gebrekkige samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in de praktijk een barrière. Zo werd er initieel te weinig gecommuniceerd over het project. Frustraties en problemen sleepten op die manier te lang aan. De verpleegkundigen benadrukten daarenboven de nood aan meer betrokkenheid van de artsen bij het project. De onduidelijkheid van de rol van de artsen bij opvolging van de rode groep en vermoedelijk ook het gebrek aan kennis over inhoud van het project, was een barrière om verdere patiënten te rekruteren. Een goede kennis van elkaars takkenpakket en

rolverdeling is aldus een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking. De introductie van een praktijkmanager, die systematisch overleg van het project coördineerde, was een belangrijke facilitator. Ook hiervan werd reeds notie gemaakt in eerder onderzoek; een praktijkmanager bevordert de samenwerking en kan de taakverdeling bewaken (27). Verklarende factoren uit dit onderzoek voor de lagere participatiegraad van de artsen is mogelijk de werkdruk t.g.v. de Covid-19 pandemie, waardoor het project minder prioritair was. Wel was de gemeenschappelijke visie en geloof in het nut van het project een facilitator. Het belang hiervan werd eveneens beschreven in de literatuur (17).

Naast factoren gerelateerd aan de praktijk (interne factoren) werden ook een aantal patiëntgebonden factoren geïdentificeerd (externe factoren). Zo rapporteerden de verpleegkundigen dat kwetsbare patiënten enerzijds moeilijk te bereiken zijn, gezien zij vaak minder frequent een huisarts raadplegen. Anderzijds stoten ze ook op andere barrières wanneer profiling of coaching aangeboden wordt, zoals een taalbarrière of culture gewoontes die moeilijk te veranderen zijn. Ook deze bevindingen stemmen overeen met de literatuur (18, 22, 24, 25). Er zal daarom moeten gezocht worden naar innovatieve manieren om op deze socio-economische kwetsbare groepen te bereiken en preventie te kunnen aanbieden.

In de literatuur benadrukt men dat het succes van een preventieprogramma voornamelijk afhankelijk is van de competenties van de verpleegkundige om het gedrag te veranderen(16). Zo werd in dit onderzoek geëvalueerd welke gedragsveranderingstechnieken en risico-communicatie succesvol waren. Motivationele gespreksvoering, shared-decision making en individuele goal-setting bleken belangrijke manieren om gedragsverandering te faciliteren. Daarnaast is een goede zorgverlener-patiënt relatie met wederzijds respect een belangrijke pijler om gedragsverandering te bewerkstelligen. In eerder onderzoek bleken deze gedragsveranderingstechnieken ook veel gebruikt. (15, 16, 18). Een belangrijke voorwaarde om deze technieken goed te kunnen toepassen, is echter een doorgedreven theoretische en praktische training hieromtrent. De opleiding die wordt voorzien in de MaNaMa Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk (VIHP) bleek hiervoor ontoereikend. Een uitdaging voor de toekomst is het voorzien van kwaliteitsvolle trainingen omtrent gedragsveranderingstechnieken en de inbedding van deze trainingen in de opleiding VIHP, alsook nadien. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek namelijk dat men vooral leert uit ervaringen en dat supervisiemomenten een belangrijke bijdrage leveren aan dit groeiproces. Een langdurig trainingstraject is aldus wenselijk. In Zweden wordt training in motivationele gespreksvoering aan alle gezondheidsmedewerkers aangeboden, meestal onder de gecombineerde vorm van theoretische en praktische trainingen. Een studie van Östlund et al. rapporteerde de nood aan follow-up en supervisie bij de training rond motivationele gespreksvoering(33).
Tot slot benadrukte deze studie ook het belang van de self-efficacy of het geloof van de verpleegkundige in haar competenties omtrent BCC, hetgeen fungeerde als een belangrijke facilitator. Ook dit sluit aan met eerder onderzoek(18, 26).

Sterktes en zwaktes

Een sterkte van dit onderzoek is de aanwezigheid van een systematisch, wetenschappelijk onderbouwd protocol voor de profiling en coaching voor levensstijlgedrag van patiënten met een matig verhoogd risico op hart- en vaatziekten, dat werd opgesteld door het SPICES onderzoeksteam. Door de opzet van het onderzoek, namelijk een actie-onderzoek, was het mogelijk om de hiaten van dit protocol te identificeren en zo mogelijk de nodige aanpassingen door te voeren. De implementers werden over een periode van 1,5 jaar opgevolgd, hetgeen een volledige observatie van het implementatieproces op verschillende tijdstippen doorheen het proces mogelijk maakte vanuit verschillende perspectieven. Tevens was het een sterkte dat de praktijk met een forfaitair betalingssysteem werkte, waardoor het project geen financiële implicaties had voor zowel de patiënt als de zorgverleners. Een andere sterkte is het gebruik van het CFIR als theoretisch kader voor

implementatieonderzoek. Dit liet toe de data op een gestructureerde en allesomvattende wijze te analyseren. Bovendien kunnen de resultaten van verschillende studies door het CFIR gemakkelijker vergeleken worden.

Een zwakte van dit onderzoek was dat het zich afspeelde in slechts één Antwerpse huisartsenpraktijk, waardoor de bevindingen in deze studie niet volledig te extrapoleren zijn op andere Vlaamse huisartsenpraktijk. Verder onderzoek is nodig om de implementatie van dergelijke programma's in andere, meer rurale gebieden en andere praktijkvormen (bv. prestatiegericht) te onderzoeken. De focus van dit onderzoek lag op de ervaringen van de verpleegkundigen, gezien het omwille van tijdsgebrek en uitval van één van de student-onderzoekers niet mogelijk was om alle interviews bij meerdere huisartsen uit te voeren. Door een post-implementatie interview in focusgroep met alle praktijkleden kon hier gedeeltelijk voor gecompenseerd worden. Gezien er slechts één student-onderzoeker de data analyseerde, was er echter ruimte voor subjectiviteit en konden de bevindingen niet vergeleken of getoetst worden. Daarnaast was de werkdruk ten gevolge van de Covid-19 pandemie een belangrijke barrière voor de implementatie van de interventie en kan daarom mogelijks de resultaten beïnvloed hebben ten opzichte van normale omstandigheden. Als laatste verdient het de vermelding dat het SPICES onderzoek zich richtte op patiënten met een matig verhoogd cardiovasculair risico. Uit dit onderzoek is gebleken dat in deze eerstelijnssetting het merendeel van de deelnemers tot de rode groep behoorde. Er is aldus nood aan een protocol voor de opvolging van patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten, hetgeen een nauwere samenwerking vereist tussen verpleegkundige en huisarts. Ook hiervoor is verder onderzoek nodig om meer aanbevelingen te kunnen doen om deze concrete samenwerking te organiseren en bevorderen.

Conclusie

Er is nood aan een systematisch, wetenschappelijk onderbouwd protocol voor de primaire preventie van hart- en vaatzieken, bestaande uit risicobepaling (profiling), risicocommunicatie en leefstijlcoaching door middel van gedragsveranderingstechnieken waarbij praktijkverpleegkundigen, huisartsen en paramedici multidisciplinair kunnen samenwerken in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een uitdaging vormt de training van verpleegkundigen omtrent gedragsveranderingstechnieken. Verder zal er moeten gezocht worden naar innovatieve manieren om preventie aan te bieden aan socio-economische groepen.

Referenties

1. World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases [cited 2020 April 18]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).
2. World Health Organization. (2013). A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059.
3. Zorg en Gezondheid. (2017). Sterftecijfers 2017 – hoogste aantal overlijdens sinds jaren 80 [cited 2020 April 18]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftecijfers-2017-–-hoogste-aantal-overlijdens-sinds-jaren-80.
4. Albrecht J, Vandenberghe D. De kost van chronische aandoeningen; wat is de impact van een sterk preventiebeleid? Itinera Institue. 2018.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Atherosclerosis. 2016;252:207-74.
6. Omura JD, Bellissimo MP, Watson KB, Loustalot F, Fulton JE, Carlson SA. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention. Prev Med. 2018;108:115-22.
7. Aerts N, Van Bogaert P, Bastiaens H, Peremans L. Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. J Clin Nurs. 2020;29(1-2):251-64.
8. Klemenc-Ketis Z, Terbovc A, Gomiscek B, Kersnik J. Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. J Clin Nurs. 2015;24(21-22):3077-83.
9. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, Ronda G, van Steenkiste B, Winkens B, Elwyn G, et al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. Prev Med. 2010;50(1-2):35-44.
10. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Atherosclerosis. 2016;252:207-74.
11. Govaerts F, Delvaux N, Van Thienen K. Cardiovasculaire Risicobepaling In de Eerste Lijn Domus Medica; 2020 [Available from: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Cardiovasculair%202020%2008-10-2020.pdf.
12. Lancarotte I, Nobre MR. Primordial and primary prevention programs for cardiovascular diseases: from risk assessment through risk communication to risk reduction. A review of the literature. Clinics (Sao Paulo). 2016;71(11):667-78.
13. Waldron CA, van der Weijden T, Ludt S, Gallacher J, Elwyn G. What are effective strategies to communicate cardiovascular risk information to patients? A systematic review. Patient Educ Couns. 2011;82(2):169-81.
14. Nederlands Huisartsen Genootschap. Cardiovasculair Risicomanagment. [Internet]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement. [Accessed 2021 April 22].
15. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33(13):1635-701.
16. Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-based models for cardiovascular disease prevention: from research to clinical practice. J Cardiovasc Nurs. 2011;26(4 Suppl):S46-55.
17. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, van Ree JW. Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. J Adv Nurs. 2011;67(8):1758-66.

18. Alageel S, Gulliford MC, McDermott L, Wright AJ. Implementing multiple health behaviour change interventions for cardiovascular risk reduction in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2018;19(1):171.
19. Van Nes M, Sawatzky JA. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. J Am Acad Nurse Pract. 2010;22(12):654-60.
20. Lakerveld J, Bot S, Chinapaw M, van Tulder M, Kingo L, Nijpels G. Process evaluation of a lifestyle intervention to prevent diabetes and cardiovascular diseases in primary care. Health Promot Pract. 2012;13(5):696-706.
21. Beishuizen CR, Akenine U, Barbera M, Rosenberg A, Fallah Pour M, Richard E, et al. Integrating nurses' experiences with supporting behaviour change for cardiovascular prevention into a self-management internet platform in Finland and the Netherlands: a qualitative study. BMJ Open. 2019;9(6):e023480.
22. Doolan-Noble F, Tracey J, Mann S. Why are there gaps in our management of those with high cardiovascular risk? J Prim Health Care. 2012;4(1):21-9.
23. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371(9629):1999-2012.
24. Pająk A, Wolfshaut-Wolak R, Doryńska A, Jankowski P, Fornal M, Grodzicki T, et al. Longitudinal effects of a nurse-managed comprehensive cardiovascular disease prevention program for hospitalized coronary heart disease patients and primary care high-risk patients. Kardiol Pol. 2020;78(5):429-37.
25. Hernandez J, Anderson S. Storied experiences of nurse practitioners managing prehypertension in primary care. J Am Acad Nurse Pract. 2012;24(2):89-96.
26. Volker N, Williams LT, Davey RC, Cochrane T, Clancy T. Implementation of cardiovascular disease prevention in primary health care: enhancing understanding using normalisation process theory. BMC Fam Pract. 2017;18(1):28.
27. Russell G, Lane R, Parker S, Litt J, Mazza D, Lloyd J, et al. Preventive Evidence into Practice: what factors matter in a facilitation intervention to prevent vascular disease in family practice? BMC Fam Pract. 2019;20(1):113.
28. Schütze H, Rix EF, Laws RA, Passey M, Fanaian M, Harris MF. How feasible are lifestyle modification programs for disease prevention in general practice? Aust J Prim Health. 2012;18(2):129-37.
29. Assendelft WJ, Nielen MM, Hettinga DM, van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJ, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. Fam Pract. 2012;29 Suppl 1(Suppl 1):i126-i31.
30. Aerts N, Le Goff D, Odorico M, Le Reste JY, Van Bogaert P, Peremans L, et al. Systematic review of international clinical guidelines for the promotion of physical activity for the primary prevention of cardiovascular diseases. BMC Fam Pract. 2021;22(1):97.
31. Breimaier HE, Heckemann B, Halfens RJ, Lohrmann C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. BMC Nurs. 2015;14:43.
32. Willems D, van Zwieten M. Waardering van kwalitatief onderzoek: Huisarts en Wetenschap; 2004 [Available from: https://www.henw.org/artikelen/waardering-van-kwalitatief-onderzoek.
33. Östlund AS, Kristofferzon ML, Häggström E, Wadensten B. Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. BMC Fam Pract. 2015;16:89.

Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Elkenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. K. Van Royen

Universiteit Antwerpen
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Peter Michielsen

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Implementatie van gezondheidscommunicatie en -coaching rond levensstijlverandering in de primaire preventie van hart- en vaatziekten binnen de eerstelijnszorg (ManaMa HA geneeskunde Van Houtven Ellen - Andries Jasmine)

Belgisch Registratienummer: B3002020000267

datum	ons kenmerk	contact
14/12/2020	20/49/659	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 14/12/2020 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dr. Andries, dr. VanHoutven
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 20/03/2019
  Versie 1
- Protocol dd. 28/11/2020
  Versie 2
- Vragenlijst(en) dd. 28/11/2020
  Versie 2
- Diverse
  Setting fiche HA praktijk, versie 1.0 dd. 05/03/2020

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:
1) Gelieve de bewaringstermijn van 20 jaar te vermelden.
2) Gelieve de beheerder van de databank en de codetabal te vermelden.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Elkenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 20/49/659

datum	ons kenmerk	contact
14/12/2020	20/49/659	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. J. Andries, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. E. Van Houtven, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Bijlage 2: Goedgekeurd onderzoeksprotocol (versie 2, 28/11/2020)

Jasmine Andries
Ellen Van Houtven

Implementatie van gezondheidscommunicatie en –coaching rond levensstijlverandering in de primaire preventie van hart- en vaatziekten binnen de eerstelijnszorg.

1. Achtergrond en inleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) vormt met 17,9 miljoen doden per jaar de belangrijkste doodsoorzaak ter wereld, aldus de World Health Organization (1). Samen met kanker, diabetes en chronische longziekten behoren deze aandoeningen tot de zogenaamde 'noncommunicable diseases' of 'niet-overdraagbare aandoeningen'. Hoewel vroeger infectieuze ziekten verantwoordelijk waren voor de meeste sterftes, wordt deze plaats nu ingenomen door de niet-overdraagbare aandoeningen (2). Ook in België is hart- en vaatziekten de nummer één doodsoorzaak bij vrouwen (29%), gevolgd door kanker (26%). Bij mannen komt hart- en vaatziekten op de tweede plaats (27%) na kanker (28%). Zo blijkt uit de officiële cijfers van 2017 (3). Hart- en vaatziekten zorgen niet alleen voor een aanzienlijke mortaliteit en morbiditeit, maar gaan bovendien ook gepaard met een hoge kost voor de maatschappij. Een recente studie voor de Europese Commissie heeft berekend dat chronische aandoeningen (hart- en vaatziekten, kanker en longziekten) verantwoordelijk zijn voor 70 tot 80% van uitgaven in de gezondheidszorg in de Europese Unie (4).

De belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn hypertensie, gestoorde glucose tolerantie, dyslipidemie, alcohol, tabak en overgewicht (1). Deze risicofactoren worden sterk beïnvloed door de levensstijl. Ingrijpen op deze risicofactoren, door preventieve maatregelen, kan bijgevolg de mortaliteit en morbiditeit ten gevolge van hart- en vaatziekten aanzienlijk doen dalen (5). Zo is sinds 1980 de mortaliteit van hart- en vaatziekten significant afgenomen, dankzij de implementatie van preventieve maatregelen zoals de strengere wetgeving op tabakproducten. Preventie van hart- en vaatziekten wordt aldus gedefinieerd als een gecoördineerde set van acties, op gemeenschaps- of individueel niveau, die als doel hebben om de impact en gevolgen van hart- en vaatziekten te verminderen of te elimineren. Indien preventie strikt zou toegepast worden, zou maar liefst 80% van de mortaliteit van hart- en vaatziekten voorkomen kunnen worden (5).

Aangezien zorgverleners uit de eerste lijn vaak een eerste aanspreekpunt vormen voor patiënten, bevinden zij zich in de unieke positie om een invloed te kunnen uitoefenen op het levensstijl gedrag van de patiënt. Uit de literatuur is reeds gebleken dat advies van zorgverleners een invloed kan hebben op de levensstijl van de patiënten. Sterker nog, patiënten verwachten van hun arts of zorgverlener dat zij informatie verschaffen over preventie inzake gezondheid (6). Onderzoek toont echter aan dat zorgverleners op enkele barrières stoten wanneer zij aan primaire preventie willen doen. Afwezigheid van vertrouwen in het succes van levensstijl interventies, alsook een tekort aan kennis zijn geassocieerd met een lagere graad van aanreiken van primaire preventie. Anderzijds zijn er ook praktische bezwaren, zoals een tekort aan tijd of financiële overwegingen (6). Dit komt doordat het aantal patiënten per arts zeer hoog ligt in België. Er is er een vergrijzing van de artsen sinds de invoering van de numerus clausus. Steeds minder studenten geneeskunde kiezen voor het beroep als huisarts en de jonge huisartsen streven naar een goede work-life-balance met minder uren dan de gemiddelde arts van de oudere generatie (7, 8).

Omwille van bovenstaande redenen zal er gezocht moeten worden naar innovatieve manieren van samenwerking om deze primaire preventie interprofessioneel geïntegreerd te krijgen in de eerste lijn. Binnen deze interprofessionele samenwerking kan de praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk een belangrijke rol spelen (9). Uit onderzoek blijkt dat praktijkverpleegkundigen minstens even effectief zijn in cardiovasculaire risicocommunicatie in primaire preventie als huisartsen

Jasmine Andries
Ellen Van Houtven

(10, 11). Op deze manier kan men werken richting een volwaardige en haalbare primaire preventie waarbij de patiënt centraal staat.

Er bestaat voldoende evidentie over welke individuele levensstijl doelen nodig zijn om het risico op hart- en vaatziekten te verlagen, zoals beschreven staat in de Europese richtlijnen van de European Society of Cardiology. Deze zijn: rookstop, een dieet rijk aan vezels, groenten en fruit, 150 minuten matig intensief bewegen per week, een BMI tussen 20-25kg/m2, een bloeddruk <140/90mmHg en een LDL cholesterol < 115mg/dl (5). Ook Domus Medica, de Belgische wetenschappelijke vereniging voor huisartsen, beschikt over een eigen richtlijn inzake de preventie van hart- en vaatziekten. Levensstijl gedrag wordt echter sterk beïnvloed door socio-economische status (bv. inkomen, opleidingsniveau). Ook door de toenemende verstedelijking winnen sedentarisme, alcoholgebruik, fastfood en tabakgebruik aan populariteit (2). Om aan goede primaire preventie te kunnen doen, zal er dus niet alleen op indivdiueel, maar ook op gemeenschapsniveau moeten worden ingegrepen door middel van een complex interventie programma. Er ontbreken echer duidelijke richtlijnen over hoe een dergelijke complexe interventie geïmplementeerd kan worden. Het SPICES project, dat staat voor Scaling up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention, probeert hier een eerste aanzet in te geven. Het betreft een internationaal project, waarin vijf landen (België, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Zuid-Afrika en Uganda) onderzoek zullen doen naar de implementatie van primaire preventie van hart- en vaatziekten.

2. Probleemstelling

Zoals hierboven reeds aangehaald vormt primaire preventie een cruciaal onderdeel in de strijd tegen hart- en vaatziekten. Levensstijlaanpassingen zoals rookstop, voldoende bewegen en gezonde voeding kunnen het risico op hart- en vaatziekten op lange termijn aanzienlijk verlagen (5). Het is echter niet altijd eenvoudig om levensstijlaanpassingen en gedragsverandering te bewerkstelligen in de eerste lijn. Factoren zoals tijdstekort en gebrek aan *know-how* kunnen barrières vormen voor zorgverleners (6).

Er wordt weinig onderzoek gedaan naar de systematische implementatie van primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk. Zo zouden praktijkverpleegkundigen een belangrijke rol kunnen vervullen in de primaire preventie van hart- en vaatziekten door o.a. gedragscounseling en motivationele gespreksvoering (9-11).

Met deze studie, kaderend binnen het Europese SPICES project, willen we de implementatie van een complex levensstijl counseling programma door praktijkverpleegkundigen ter preventie van hart- en vaatziekten onderzoeken in twee Antwerpse huisartsenpraktijken. Op die manier kan er inzicht verworven worden in de sterktes en zwaktes van dergelijke programma's en het implementatieproces. Vervolgens kunnen er aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd worden om gedragsveranderingsinterventies te optimaliseren in Vlaamse huisartsenpraktijken. Zo delen huisartsen en verpleegkundigen een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid in de primaire preventie van hart- en vaatziekten (9). De manier waarop de risicocommunicatie en gedrag counseling wordt geïmplementeerd is bepalend voor het slaagpercentage (12, 13). Daarom is het belangrijk om onderzoek te doen naar de visie en ervaringen van verpleegkundigen en huisartsen met betrekking tot risicocommunicatie en coaching van levensstijl.

3. Onderzoeksvraag

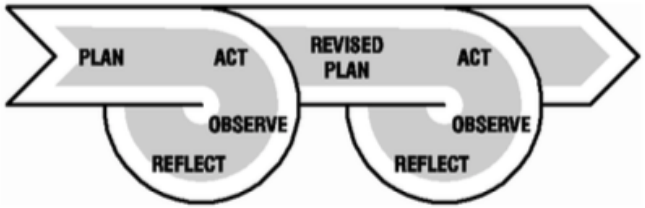
Hoe kan een complexe interventie voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten, bestaande uit risicocommunicatie en coaching voor een gezonde leefstijl, worden geïmplementeerd in een eerstelijnspraktijk en wat zijn hierbij de ervaringen van praktijkverpleegkundigen, huisartsen en patiënten?

4. Methodologie

Design

Het onderzoek omvat een kleinschalig actie-onderzoek in twee Antwerpse huisartsenpraktijken, waarbij een praktijkverpleegkundige werkzaam is.

Een actie-onderzoek wordt regelmatig gebruikt binnen de gezondheidszorg voor kwaliteitsverbeterende onderzoeken in de praktijk. Het omvat een actiefase, evaluatie en kritische reflectie gedurende het implementatieproces. Hierbij kunnen er aanpassingen worden gemaakt voor de rest van het onderzoek, wat het een dynamisch proces maakt (figuur 1). Een actie-onderzoek gaat uit van participatie en collaboratie van individuen met dezelfde doelstellingen en moet er dus rekening gehouden worden op maat van elk individu zowel situationeel als contextueel (14).



Figuur 1: Actie-onderzoek spiraal, aangepast Kemmis and McTaggart (14)

In samenspraak met het praktijkteam zal worden gekeken op welke manier een complexe interventie voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten kan worden geïmplementeerd. De interventie bestaat eerst uit een profiling aan de hand van de *InterHeart tool;* een vragenlijst die toelaat patiënten te classificeren volgens een laag, matig of hoog risico op hart- en vaatziekten. Deze tool werd geselecteerd in het kader van het SPICES onderzoek. Een tweede luik is de opvolging of coaching van patiënten met een matig verhoogd risico voor hun leefstijl gedrag. De meeste hart- en vaatziekten treden immers op bij personen met een matig verhoogd risico, gezien zij het grootste deel van de bevolking uitmaken (2).

Setting en respondenten

De inclusiecriteria voor de deelnemende huisartsenpraktijken in deze studie zijn de volgende: gelegen in de stad Antwerpen of deeldistricten en beschikkend over een in het team geïntegreerde praktijkverpleegkundige. Zij zullen telefonisch gecontacteerd worden, waarbij de studie kort wordt toegelicht. Deelname aan de studie is volledig vrijblijvend. Er zal minstens één praktijkverpleegkundige en één huisarts per praktijk geïnterviewd worden, met het oog op maximale inclusie.

Alle patiënten behorende tot de leeftijdscategorie van 40 tot 75 jaar komen in aanmerking voor deze studie. Patiënten met in de voorgeschiedenis een doorgemaakt cardiovasculair event (acuut coronair syndroom, cerebrovasculair accident, perifeer arterieel vaatlijden), chronische nierinsufficiëntie (eGFR <45ml/min)en Diabetes Mellitus zullen geëxcludeerd worden, gezien dit tot het luik secundaire preventie behoort.

Patiënten zullen als volgt worden gerekruteerd:

- Uithangen van informatiefiches in de wachtzaal.

- Actief informeren van patiënten tijdens consultatie bij de huisarts of praktijkverpleegkundige met overhandigen van informatiefiche.

Via deze informatiefiche zullen patiënten worden uitgenodigd om een afspraak te maken bij de praktijkverpleegkundige voor een introductie interview, waarbij meer informatie zal worden verschaft en de informed consents zullen worden overlopen.

Datacollectie

Er zullen verschillende dataverzamelingstechnieken gebruikt worden om een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag.

- Semi-gestructureerde interviews op basis van topic guides aangepast aan de respondent
- Veldnota's en informele meeting rapporten
- Eventueel observatie

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews zal er worden nagegaan hoe praktijkverpleegkundigen en artsen gezondheidscommunicatie rond hart- en vaatziekten ervaren. De interviews zullen op verschillende ogenblikken plaatsvinden: zowel voor, tijdens als na de implementatie van de verschillende componenten van de complexe interventie. Deze tijdstippen staan beschreven in de topic guide (bijlage 1).

Alsook zal er bij de patiënten worden nagegaan wat hun ervaring was met de profiling en coaching sessies. Opnieuw zal er gebruik worden gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Indien het tijdsbestek van de onderzoekers het toelaat, zullen de coaching sessies geobserveerd worden aan de hand van video fragmenten.
Zo nodig kunnen de vragenlijsten onderhevig zijn aan veranderingen gedurende het beloop van het onderzoek. Geschat wordt dat de interviews ongeveer één uur in beslag zullen nemen. De gesprekken worden opgenomen om nadien uit te schrijven.
Alvorens de start van het interview zal een informed consent getekend worden, alsook een demografische fiche en setting fiche worden ingevuld (zie respectievelijk bijlage 2, 3 en 4). De gegevens van patiënten, huisartsen en praktijkverpleegkundigen zullen gecodeerd worden verwerkt. Aan elke huisartsenpraktijk wordt een unieke code toegewezen. Deze code zal op een andere plaats worden bewaard dan de gecodeerde interviews. De computers waarop de gegevens worden bewaard, zullen beveiligd worden met een wachtwoord. Audio-fragmenten zullen op het einde van de studie verwijderd worden.

Data analyse

Elk interview zal binnen de 48 uur ad verbatim worden uitgetypt. De analyse zal via een adaptieve framework analyse (15-17) worden uitgevoerd in Nvivo12. Er zal gebruik gemaakt worden van case classificatie, om de data nadien te structureren. Analyse en datacollectie zullen voornamelijk gelijktijdig plaatsvinden. De te onderzoeken categorieën zullen overwegend op voorhand worden vastgelegd. Dit volgens de methoden van de Normalization Process Theory en het Consolidated Framework for Implementation Research. Er werd voor adaptieve framework analyse gekozen omwille van de iteratieve benadering, waarbij het framework flexibel is en dus op latere momenten nog codes en thema's kunnen toegevoegd worden in functie van het onderzoek. Op die manier gaan geen waardevolle data verloren door het rigide toepassen van deductieve analyse. De eerste twee interviews zullen thematisch worden gecodeerd. Deze inductieve manier zal ervoor zorgen dat hierbij zeker geen thema's over het hoofd worden gezien en de getuigenissen van de respondenten zo authentiek mogelijk worden gecapteerd. Na de data-analyse in thema's, interpretatieve codes en interpretatieve subcodes zullen de bevindingen voor rapportage ingepast worden in het CFIR-framework. Ten slotte zullen de data uit verschillende bronnen getrianguleerd worden om de cases nauwgezet te kunnen beschrijven vanuit verschillende perspectieven. Om de credibiliteit te verhogen zal een peer debriefing worden uitgevoerd. Document analyse zal eveneens gebeuren aan de hand van dit framework.

Student onderzoekers

Naam: Ellen Van Houtven
Datum: 28/11/2020
Handtekening:



Naam: Jasmine Andries
Datum: 28/11/2020
Handtekening:



Referenties

1. World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases [cited 2020 April 18]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).
2. World Health Organization. (2013). A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059.
3. Zorg en Gezondheid. (2017). Sterftecijfers 2017 – hoogste aantal overlijdens sinds jaren 80 [cited 2020 April 18]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftecijfers-2017---hoogste-aantal-overlijdens-sinds-jaren-80.
4. Albrecht J, Vandenberghe D. De kost van chronische aandoeningen; wat is de impact van een sterk preventiebeleid? Itinera Institue. 2018.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Atherosclerosis. 2016;252:207-74.
6. Omura JD, Bellissimo MP, Watson KB, Loustalot F, Fulton JE, Carlson SA. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention. Preventive medicine. 2018;108:115-22.
7. Belgium: Country Health Profile 2017 (Internet). OECDpublishing. 2017. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgium-country-health-profile-2017_9789264283299-en#page1.
8. Building primary care in a changing Europe [Internet]. 2015. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf.
9. Aerts N, Van Bogaert P, Bastiaens H, Peremans L. Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. J Clin Nurs. 2020;29(1-2):251-64.
10. Klemenc-Ketis Z, Terbovc A, Gomiscek B, Kersnik J. Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. J Clin Nurs. 2015;24(21-22):3077-83.
11. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, Ronda G, van Steenkiste B, Winkens B, Elwyn G, et al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. Preventive medicine. 2010;50(1-2):35-44.
12. Lancarotte I, Nobre MR. Primordial and primary prevention programs for cardiovascular diseases: from risk assessment through risk communication to risk reduction. A review of the literature. Clinics (Sao Paulo). 2016;71(11):667-78.

13. Waldron CA, van der Weijden T, Ludt S, Gallacher J, Elwyn G. What are effective strategies to communicate cardiovascular risk information to patients? A systematic review. Patient Educ Couns. 2011;82(2):169-81.
14. Koshy E, Koshy V, Waterman H. Action Research in Healthcare: SAGE Publications; 2011.
15. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC medical research methodology. 2013;13:117.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9 ed: Wolters Kluwer Health - Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
17. Smith J, Firth J. Qualitative data analysis: the framework approach. Nurse Researcher. 2011;18(2):52-62.

Bijlage 3: Informed consent respondent

Universiteit Antwerpen

INFORMED CONSENT HUISARTS of PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

A mixed method study for the implementation of an evidence-based multi-component intervention to enhance primary prevention of cardiovascular disease in Antwerp city districts in Belgium

Versie 1.0 – 20/03/19

Geachte huisarts, geachte verpleegkundige
Beste collega

Met deze brief wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek. U wordt vriendelijk verzocht deze brief grondig te lezen. Hierin vindt u alle informatie terug die u nodig heeft om te kunnen beslissen of u wel of niet wil deelnemen aan het onderzoek. Het is belangrijk dat u alles begrijpt.

Waarom is dit onderzoek belangrijk?
Hart- en vaatziekten (bijvoorbeeld beroerte en hartaanval) zijn een belangrijke oorzaak van ziekte en overlijden. De onderzoekers zijn geïnteresseerd in de preventie of het voorkomen van hart- en vaatziekten. Hiervoor is het heel belangrijk dat mensen een gezonde leefstijl hanteren, dit wil zeggen: regelmatig bewegen, gezond eten, niet roken. Het doel van dit onderzoek is om te kijken hoe vanuit de huisartspraktijk rond de primaire preventie van hart- en vaatziekten kan gewerkt worden, met als doel mensen bewust maken van hun risico op hart- en vaatziekten en hen bovendien te begeleiden in het hanteren van een gezonde leefstijl. In de eerste plaats is het de bedoeling om de huidige situatie in kaart te brengen, in de tweede plaats om te onderzoeken hoe uw huisartspraktijk hierin verder kan worden ondersteund.

Wie voert dit onderzoek uit?
Dit onderzoek wordt uitgevoerd door onderzoekers aan de Universiteit Antwerpen, afdeling huisartsgeneeskunde en in opdracht van de Europese Commissie.

Waarom ben ik benaderd om deel te nemen?
Met ons onderzoeksteam werken we aan een project met als doel de implementatie van een programma voor de primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen, specifiek gericht op kwetsbare doelgroepen, middels versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en bestaande initiatieven in de lokale gemeenschappen. Gezien uw sleutelfunctie binnen de huisartspraktijk in één van onze doelregio's, vinden wij het belangrijk om in kaart te brengen hoe de primaire preventie van hart- en vaatziekten momenteel loopt in uw praktijk en af te toetsen welke de middelen, kansen, barrières en facilitatoren zouden zijn om aan dit project mee te werken.

Wat wordt er van mij verwacht als ik aangesproken wordt om deel te nemen?
We vragen u om het toestemmingsformulier in te vullen. Hiermee stemt u toe tot een individueel interview, een overleg, waar in de eerste plaats zal worden gepeild naar de huidige situatie van primaire preventie van hart- en vaatziekten binnen de praktijk. In de tweede plaats zullen wij tijdens dit verkennende gesprek aftoetsen of uw huisartspraktijk een rol zou kunnen spelen in de profiling van hart- en vaatziekten en/of bij de opvolging van mensen rond gedragsverandering voor een gezonde leefstijl (behavioral change counseling) en hoe wij vanuit het onderzoeksproject hierin uw praktijkvoering op maat zouden kunnen ondersteunen.
Dit explorerende gesprek zal maximaal 1 uur in beslag nemen.
Na afloop van dit gesprek zullen er concrete afspraken gemaakt worden inzake verder engagement en/of een vervolggesprek binnen dit onderzoek en beslist u of wij u hiervoor opnieuw mogen contacteren.

Is mijn deelname verplicht?
Helemaal niet. Deelname is volledig vrijwillig en er wordt geen druk op je uitgeoefend om deel te nemen. Je kan op elk moment van het onderzoek van gedachten veranderen en beslissen om je deelname te stoppen. Als je na het gesprek beslist om de informatie die hebt gedeeld toch niet vrij te geven, kan je dit doen door contact met ons op te nemen.

Is mijn deelname vertrouwelijk?
Alles wat je ons vertelt, alsook jouw (persoons)gegevens die voor deze studie worden verzameld, wordt gepseudonimiseerd. Dit betekent dat jouw identiteit dan niet langer achterhaalbaar is. Het interview wordt opgenomen op geluidsband en daarna worden deze interviews uitgetikt en jouw naam vervangen. De uitgetypte teksten worden veilig opgeslagen en alleen de onderzoekers van deze studie hebben toegang tot deze teksten. Als er uitspraken uit het gesprek in een verslag zouden opgenomen worden, zal jouw naam daarbij nooit vermeld worden. De opnames worden op het einde van de studie vernietigd.

Alle gegevens uit dit onderzoek worden behandeld volgens de regels van de Belgische wet van 22 augustus 2002 en de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in werking treedt betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Zijn er risico's verbonden aan dit onderzoek?
Er zijn geen risico's verbonden aan jouw deelname aan dit onderzoek. Al of niet deelnemen zal jouw functie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg ook op geen enkel moment beïnvloeden.

Wat gebeurt er met de onderzoeksresultaten?
De onderzoeksresultaten zullen worden gepresenteerd aan het onderzoeksteam binnen de Universiteit Antwerpen en aan de Europese commissie. Deze resultaten zullen ook binnen de verschillende huisartspraktijken en welzijnsorganisaties en met andere beleidsmatige betrokkenen besproken worden en kunnen als basis gebruikt worden om de preventieve zorg voor hart- en vaatziekten te verbeteren. Nadien kunnen de gegevens leiden tot het indienen van een publicatie in een academisch of professioneel tijdschrift of voorgesteld worden op congressen of studiedagen.

Is er goedkeuring voor dit project?
Dit project werd voorgelegd aan het Ethisch comité Van het UZA/UA.

Vragen?
Als u aanvullende informatie wenst over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de hoofdonderzoeker Naomi Aerts (e-mail: naomi.aerts@uantwerpen.be – GSM: 0498150360)

Hierbij hopen wij dat de resultaten van deze studie een voordeel zullen bieden voor u en andere mensen, wat betreft het voorkomen van hart- en vaatziekten. Voordat u beslist over uw deelname aan deze studie vindt u onderstaand nog wat meer informatie over wat dit praktisch inhoudt en wat de eventuele voordelen en risico's voor u zijn. Zo kan u een beslissing nemen op basis van de juiste informatie. Dit wordt "geïnformeerde toestemming" genoemd.

- ✓ Deze studie wordt opgestart na evaluatie door één of meerdere ethische comité(s).
- ✓ Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten. De beslissing om al dan niet (verder) deel te nemen zal geen enkele negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen noch op de relatie met de behandelende arts(en)
- ✓ De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- ✓ Er worden u geen kosten aangerekend voor specifieke behandelingen, bezoeken / consultaties, onderzoeken in het kader van deze studie.
- ✓ Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze klinische studie.
- ✓ Als u kiest om deel te nemen aan de studie moet u rekening houden met de tijd die u hieraan spendeert.
- ✓ De informatie, die dankzij dit onderzoek verkregen wordt, kan bijdragen tot een betere kennis t.o.v. preventie van hart- en vaataandoeningen in de eerstelijnszorg.

We hopen van harte op uw deelname te mogen rekenen!
Met vriendelijke groeten,

Het onderzoeksteam

Bijlage 4: Toestemmingsformulier respondent

TOESTEMMINGSFORMULIER HUISARTS OF PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

A mixed method study for the implementation of an evidence-based multi-component intervention to enhance primary prevention of cardiovascular disease in Antwerp city districts in Belgium

Versie 1.0 – 20/03/19



1. Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.
2. Ik kreeg de kans en de nodige tijd om vragen over het onderzoek te stellen.
3. Ik kreeg een bevredigend antwoord op al mijn vragen.
4. Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname na te denken.
5. Ik geef toestemming om de gegevens naamloos te verwerken voor de doeleinden zoals hierboven beschreven. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens worden 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.
6. Ik weet dat ik recht heb op inzage in de gegevens die over mij zijn vastgelegd door de onderzoeker.
7. Ik begrijp dat het opnamemateriaal en de bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal gebruikt worden.
8. Ik ben er mij van bewust dat de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit van Antwerpen dit onderzoek heeft goedgekeurd.
9. Ik ben in kennis gesteld dat voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering werd 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.
10. Ik verklaar hierbij dat ik geheel vrijwillig instem met deelname aan dit onderzoek en behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

In te vullen door de deelnemer

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …..……..

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de deelnemer. Ik bevestig dat ik de aard, methode en doel van het onderzoek aan bovenvermelde respondent heb uitgelegd. Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoek, zoals beschreven staat in het informatieformulier voor de huisarts of praktijkverpleegkundige, volledig uitgelegd aan bovengenoemde.

Naam onderzoeker: ……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ..……

Bijlage 5: Setting fiche en demografische fiche

Universiteit Antwerpen

SETTING FICHE
HUISARTSPRAKTIJK

A mixed method study for the implementation of an evidence-based multi-component intervention to enhance primary prevention of cardiovascular disease in Antwerp city districts in Belgium
Versie 1.0 – 05/03/20



Naam praktijk: _____
Type praktijk:
- ☐ Groepspraktijk
- ☐ Wijkgezondheidscentrum
- ☐ Andere

Geografische locatie:
- ☐ Ruraal
- ☐ Stedelijk

Financieel systeem:
- ☐ Forfaitair
- ☐ Per prestatie
- ☐ Combinatie

Samenstelling van de huisartsenpraktijk:
- Aantal artsen: _____
- Aantal praktijkverpleegkundigen: _____
- Is het een multidisciplinaire praktijk? _____
- Aantal aanwezige disciplines andere dan huisarts: _____
- Wat zijn functies van de andere teamleden?

_____

Level van betrokkenheid van praktijkverpleegkundige:
- ☐ Geïntegreerd
- ☐ Instrumenteel

Totaal aantal patiënten: _____
Aantal patiënten tussen 40-75 jaar: _____
Aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming: _____

Universiteit Antwerpen

DEMOGRAFISCHE VRAGENLIJST IMPLEMENTATOR
HUISARTS / PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE / WELZIJNSWERKER

A mixed method study for the implementation of an evidence-based multi-component intervention to enhance primary prevention of cardiovascular disease in Antwerp city districts in Belgium
Versie 1.0 – 20/03/19



Persoonskenmerken
Wat is uw leeftijd? _____ jaar
Wat is uw geslacht?
- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Andere

Wat is uw etniciteit?
- ☐ Westers
- ☐ Andere: _____

Welk is uw hoogst behaalde diploma?
- ☐ Lagere school (basisschool)
- ☐ Secundair onderwijs (middelbaar)
- ☐ Hoger onderwijs (bachelor)
- ☐ Postgraduaat
- ☐ Universitair onderwijs (master, doctoraat)

Professionele kenmerken
Binnen welke discipline bent geschoold?
- ☐ Sociaal werk
- ☐ Maatschappelijk werk
- ☐ Verpleegkunde
- ☐ Huisartsgeneeskunde
- ☐ Diëtiek
- ☐ Bewegingstherapie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Andere: _____

Wat is uw huidige rol in deze organisatie? _____
Wat is uw aantal jaren werkervaring binnen deze functie?_____ jaar
Wat is uw tewerkstellingspercentage? _____%
Wat is uw arbeidsstatuut?
- ☐ Bediende in loondienst
- ☐ Zelfstandige
- ☐ Student
- ☐ Vrijwilliger
- ☐ Andere: _____

Bijlage 6: Topic guide

PRE IMPLEMENTATIE

DEEL 1. Contextuele analyse

Setting

- Vertel eens hoe uw loopbaan er tot nu toe uitziet? (ijsbreker)
  - Hoe lang werkt u al in deze praktijk?
  - Hoe bent u in deze praktijk terecht gekomen?
  - Wat deed u hiervoor?
- Hoe is deze huisartsenpraktijk samengesteld?
  - Hoeveel artsen? Hoeveel verpleegkundigen?
  - Multidisciplinaire praktijk? Wat zijn functies van de andere teamleden?
- Hoe is de huidige organisatie van de praktijk?
  - Wordt er samengewerkt als 1 groep of meer individueel?
  - Hoe verloopt de samenwerking tussen teamleden? (artsen, verpleging, secretariaat,…)
  - Beschrijf de context: professionele relaties, leiderschap, communicatiekanalen
- Wat is de rol van de verpleegkundige binnen de praktijk?
  - Verpleegkundige instrumentele of geïntegreerde rol?
  - Vb doet de vpk zelfstandige consultaties of vooral ter ondersteuning van de artsen (administratie, onthaal, assisteren, verpleegtechnische handelingen)
- Hoe verloopt de communicatie?
  - Tussen teamleden onderling?
  - Met collega's buiten deze praktijk?
  - Met welzijnsorganisaties of andere partners in de buurt?
  - Is er binnen deze praktijk een vast moment voor patiënten overleg?
- Wat is de visie van deze huisartsenpraktijk?
  - Hoe lang bestaat deze praktijk al?
  - Hoe is deze doorheen de jaren gegroeid/geëvolueerd?
  - Heeft deze praktijk een duidelijk omschreven missie en visie? Welke?
    - Hoe zijn de missie en visie van deze praktijk tot stand gekomen, wie werden hier allemaal bij betrokken?
    - In hoeverre wordt deze missie/visie naar uw gevoel uitgedragen door het team, en hoe belangrijk is dit?
    - Is deze transparant voor patiënten?

Populatie

- Hoe zou je de populatie binnen jullie setting omschrijven, wie bereiken jullie zoal?
  - Beschrijf de kenmerken van belangrijke subpopulaties
  - Hoe groot is de populatie tussen 40-75 jaar?
- Wat betekent "kwetsbaarheid" in jullie praktijk?
  - Hoe wordt dit bij jullie gedefinieerd?
  - Voor wie zou CVD risicobepaling en opvolging van leefstijl gedrag extra belangrijk zijn?
- Wat is jullie ervaring met mensen met lage socio-economische klasse binnen de praktijk?
  - Op welke manier verkrijgen jullie hier zicht op? Verhoogde tegemoetkoming of ook ander kenmerken?
  - Hoe groot is deze doelgroep in de praktijk?
  - Welke noden heeft deze populatie?
  - Hoe kunnen jullie deze doelgroep het best bereiken en mobiliseren (via welke initiatieven, welk type communicatie)? Wat heeft al gewerkt en wat niet?

Preventie

- Algemeen: welke zaken qua preventie komen momenteel aan bod?
  - Vooral primaire preventie of ook secundaire?
  - Extra inspanningen voor bepaalde aandoeningen?
  - Wat wordt momenteel gedaan inzake preventieconsult? Welke topics worden momenteel aangepakt?
- Specifiek voor hart- en vaatziekten (primaire/secundaire)
  - Op welke manier wordt al hier rond primaire en/of secundaire preventie gewerkt?

    - Wanneer en waarom wordt ermee gestart? Systematisch volgens bepaald criteria?
    - Waar zitten de hiaten, barrières? Zouden jullie meer willen/kunnen opnemen inzake gezondheid en preventie? Wat zou jullie hierbij kunnen helpen, wat hebben jullie nodig om dit te verwezenlijken?
  - In welke mate gebeurt risicobepaling bij patiënten tussen 40-75 jaar (conform nationale richtlijn)?
    - Bij wie gebeurt dit en wanneer?
    - Welke tool wordt hiervoor gebruikt en hoe wordt dit geregistreerd?
    - Hoe wordt dit gecommuniceerd naar de patiënt toe? Uit welke componenten bestaat de boodschap (inhoud) en op welke manier wordt deze overgebracht (stijl)?
  - Hoe gebeurt te opvolging na bepaling van het risico?
    - Hoe wordt dit georganiseerd? Systematiek? (hoe: Biometrie? Labo?)
    - Zijn er initiatieven om te werken rond leefstijl?
  - Rolverdeling en profiel van de betrokkenen in preventie
    - Welke zijn de betrokken disciplines om het preventieprogramma / initiatieven op te starten? Wie doet de opvolging?
    - Wat is specifiek de rol van de verpleegkundige binnen preventie? Zou dit kunnen versterkt worden? Wat staat hiervoor in de weg en wat zou dit kunnen vergemakkelijken?
    - Gebeurt dit volgens procedures of richtlijnen? Wie is verantwoordelijk voor welk aspect?
- Competenties en training voor primaire preventie van hart- en vaatziekten
  - Welke competenties zijn er volgens u nodig om risicobepaling en –communicatie en opvolging van mensen met verhoogd risico te kunnen doen? Specifiek voor coaching rond gezonde leefstijl?
  - In welke opleidingen of navormingen heeft u iets meegekregen over primaire preventie en welke componenten kwamen hier zoal aan bod?
    - Motivationeel interview, risicommunicatie, gedragsveranderingstechnieken
    - Vindt u dat hier meer aandacht zou moeten voor zijn? Wat staat er volgens u in de weg?

Gedragsverandering

- Op welke manier probeert u gedragsverandering te bereiken bij een patiënt?
  - Hoe helpt u een patiënt naar een volgende fase in gedragsverandering
    - Wat zegt u de fasen van gedragsverandering?
    - Op welke manier past u dit toe in uw opvolging van patiënten rond leefstijl?
      - ✓ Hoe helpt u een patiënt bewust maken dat er actie nodig is indien dit nog niet zo is?
      - ✓ Hoe stimuleert u patiënten te kiezen voor positieve veranderingen ipv status quo te blijven?
      - ✓ Zijn er bepaalde gedragsstrategieën die u, u patiënt aanleert? (zoja, welke?)
      - ✓ Indien een patiënt gestart is met preventie (vb. Hij doet beduidend aan meer fysieke activiteit en is reeds enkele kilo's afgevallen na het volgen van een dieet), hoe leert u hem dan vaardigheden aan om deze gewoonten te behouden?
      - ✓ Indien een patiënt hervalt, hoe gaat u hiermee om?
  - Welke strategieën of tools gebruikt u hiervoor?
    - Communicatiestijl?
    - Gedragsveranderingstechnieken?
    - Gebruik mHealth of technologieën, apps? Voor welke doelen wordt dit toegepast? Wat zijn barrières hiervoor of sterkte punten binnen de praktijk? Hoe wordt dit geëvalueerd?
    - Verwijzing naar bewegingscoach? (Bewegen op Verwijzing) – Is er samenwerking en hoe verloopt deze? Hoe verloopt verwijzing en verdere opvolging? Is er terugkoppeling naar de praktijk? Hoe wordt dit geëvalueerd?
- Vindt u dat hier meer aandacht zou moeten voor zijn?
  - Wat staat er volgens u in de weg en wat zou dit kunnen verbeteren?
  - Wat zijn meest beïnvloedende factoren?
  - Welke punten zijn sterk ontwikkeld binnen de praktijk?

Community en eerstelijnsgezondheidszorg

- Welke initiatieven in de regio zijn er, gerelateerd aan preventie van hart- en vaatziekten?
  - Wat zijn de (verwachte) overeenkomstigheden en verschillen?
  - Hoe zou dit het implementeren van SPICES in deze praktijk kunnen beïnvloeden?
- In hoeverre is er momenteel interactie met de community?
  - In welke mate hebben jullie binnen deze praktijk relaties/netwerken met collega's/mensen uit soortgelijke organisaties hier in de regio? bv. andere huisartspraktijken, welzijnsorganisaties

        - Welke rol speelt "welzijnszorg" in het verhaal van primaire preventie van aandoeningen en meer algemeen rond gezondheid? Of welke rol zouden zij kunnen spelen?
        - Wat voor informatie uitwisseling gebeurt er momenteel tussen u deze andere organisaties buiten uw eigen setting?
    - In hoeverre zijn jullie op de hoogte van het "aanbod" in de community en in hoeverre zijn jullie als praktijk "zichtbaar" in de wijk?
        - Werken jullie 'Outreachend' naar de community en zo ja op welke manier?
        - Wordt er doorverwezen, en in welke richting (praktijk → community/ community → praktijk)? Specifiek voor primaire preventie van CVD en/of werken rond gezonde leefstijl vb. lokale initiatieven voor gezonder eten, meer bewegen, rookstop?
        - Is hier nood aan een sterkere link? - wat is moeilijk, wat loopt goed? Wat kan beter?

DEEL 2: PLANNING

EXTRA TOPIC SPICES tijdens en na Covid-19/Corona crisis

Omwille van de huidige Corona crisis werden alle onderzoeksactiviteiten voor SPICES tijdelijk opgeschort. Aangezien het niet duidelijk is wanneer we de reeds besproken interventies zoals gepland zullen kunnen implementeren in uw setting, nodigen we uit om samen met ons creatief en innovatief na te denken over alternatieven. Op die manier willen we vanuit het project ook beantwoorden aan de hedendaagse uitdagingen, zonder hierbij het belang van preventie van hart- en vaatziekten, wat zeker in deze situatie belangrijker is dan ooit, uit het oog te verliezen.

- Nu in deze crisis maar eventueel ook erna, waar liggen binnen uw setting de **prioriteiten** en wat is voor jullie in de praktijk **essentieel**?
    - Welke plaats krijgt preventie hier in? Preventie van hart- en vaatziekten? Gezonde leefstijl?
    - In hoeverre is er nu ruimte om te werken rond preventie (algemeen en hart- en vaatziekten) en een gezonde leefstijl?
    - Wat is hiervan de relatieve prioriteit?
    - Indien hier op dit moment geen ruimte voor is, wanneer voorziet u dat er meer ruimte zou vrijkomen?
- **Welke ondersteuning** rond preventie van hart- en vaatziekten, risicobepaling en/of coaching rond een gezonde leefstijl zou u kunnen gebruiken tijdens of na de coronacrisis?
    - Wat zullen de grootste noden en behoeften zijn in uw setting rond preventie in deze omstandigheden rond preventie?
    - Wat zouden jullie daarvoor nodig hebben?
    - Op welke manier zou SPICES ondersteuning kunnen bieden, hoe zien jullie dit?
    - Welke timing zou u hiervoor zien?

Vanuit het project zijn we aan het denken om bijvoorbeeld een online/virtueel programma uit te werken voor risicobepaling en –communicatie, alsook de coaching van mensen met matig verhoogd risico. Wij zorgen voor technische (bv Interheart tool online beschikbaar stellen) ondersteuning. De training die wij voorzien voor profiler/coach zou dan ook online plaatsvinden.
Bijvoorbeeld: Profiling gebeurt online met patiënt – zelf of samen in te vullen met profiler (praktijkverpleegkundige). Profiler kan op dat moment dan ook de risicocommunicatie doen (advies, motiveren). Coaching traject zou ook (deels) virtueel kunnen.

- **Wat vindt u** van het online beschikbaar maken van deze zaken? Lijkt u dit haalbaar?
- Hoe zien jullie dit in de praktijk
    - Wat zou daarbij **essentieel** zijn?
- Hoe zouden we **mensen kunnen bereiken** om deel te nemen aan de **profiling?**
    - Bv. Link of uitnodiging sturen
    - Bv. Werken met time slots voor profiling waar mensen een afspraak kunnen maken, zodat profiler beschikbaar is voor communicatie hierrond
    - Wat met meting heup/middel omtrek: dit zal patiënt sowieso zelf thuis moeten doen; evt. met instructievideo en met behulp van een eigen lintmeter
    - Welke barrières en moeilijkheden ziet u?
    - Wat zou dit haalbaar maken
    - Wat zou daarvoor nodig zijn?
- In hoeverre zou het volgens u haalbaar zijn (en op welke manier dan) om het **coaching traject** van mensen met matig verhoogd risico aan te passen aan de huidige context?
    - Bv.: video call counseling voor de follow-up – volledige of gedeeltelijke traject van 10 momenten
    - Welke **barrières en moeilijkheden** ziet u?

    - Wat zou dit **haalbaar** maken
    - Wat zou daarvoor **nodig** zijn?
- Hoe zouden we onze **training** voor zowel profiling als coaching hier best op afstemmen, zodat u hiermee aan de slag kan in uw praktijk?
    - Welke nadrukken zouden er dan extra gelegd moeten worden volgens u?
    - Hoeveel ervaring heeft u binnen de praktijk met video call consultaties etc.?
    - Welke bijkomende competenties zou u willen verwerven in dit opzicht?

Inbedding SPICES in praktijk

- Wat was voor jou de grootste bepalende factor om overtuigd te worden om mee te werken aan dit project?
    - Wat voor ondersteunende informatie/ … ivm het SPICES project is nog meer nodig om dit te versterken of om ook het team te motiveren?
    - Hoe denk je dat het SPICES project zal of zou kunnen werken in de praktijk?
- Hoe denk je dat de cultuur binnen deze organisatie (algemene overtuigingen, waarden en normen, missie en visie, veronderstellingen) de implementatie van het SPICES project zal beïnvloeden
    - In welke mate worden nieuwe ideeën goed ontvangen en ook toegepast door de mensen binnen deze organisatie?
    - Denken alle collega's hetzelfde over het doel en het belang van SPICES?
    - In hoeverre voelen jij en je collega's zich "klaar" om met het project aan de slag te gaan en wat zou dit nog meer kunnen versterken?
- In welke mate ligt de implementatie van het SPICES project in de zelfde lijn van andere doelstellingen binnen de organisatie?
    - Beschrijf de relevantie van SPICES voor uw context en setting.
    - Wat vind je goed en wat je minder goed aan het project?
    - In hoeverre sluit dit aan bij jullie noden en voorkeuren als organisatie?
    - Wat is de prioriteit om dit SPICES project te implementeren, relatief ten op zichte van andere prioriteiten binnen de setting?
- In welke mate sluit het SPICES project aan op bestaande werkprocessen en praktijken binnen uw setting?
    - Wat zijn zoal de problemen of complicaties die mogelijks kunnen optreden?
    - Beschrijf eens hoe het SPICES project zal worden geïntegreerd in deze huidige processen binnen uw setting.
    - Hoe zal het project interageren of botsen met huidige programma's en processen?
- In welke mate en op welke manieren denk je dat het SPICES project de noden van jullie doelpopulatie tegemoet zal komen?
    - Hoe zullen jij of jouw collega's jullie doelpubliek op de hoogte brengen van het SPICES project?
        - Wat zou hen ertoe aanzetten of juist tegenhouden om deel te nemen aan het project?
        - Hoe zullen ze toegang krijgen tot/gerekruteerd worden voor het project?
    - Hoe denk je dat leden van jullie doelpubliek zullen reageren op het SPICES project?

Ideeën over de geanticipeerde barrières en facilitators

- Beschrijf de haalbaarheid van het SPICES project in jouw context en setting.
    - Wat zijn volgens jou de mogelijke barrières, facilitatoren voor dit project in jouw setting?
- In hoeverre zal het nodig zijn (en sta je ervoor open) om op nieuwe manieren samen te werken binnen je team en daarbuiten, om SPICES te implementeren?
- Wat voor veranderingen of aanpassingen denk je die nodig zijn om het SPICES project zodanig aan te passen dat het zal werken op een effectieve manier in uw setting?
    - Denk je dat jullie in staat zijn om deze veranderingen/aanpassingen door te voeren? Waarom wel, waarom niet?
    - Welke componenten van het project zouden niet gewijzigd mogen worden volgens jou?
- Wie zijn de belangrijkste, meest beïnvloedende sleutelfiguren in jouw setting om aan dit project mee te doen?
    - Wie zal je nodig hebben om het door te voeren en anderen te betrekken?
    - Wie zijn de belangrijkste stakeholders om mee te hebben, om beslissingen te nemen, om te helpen, om de implementatie te versterken?
- Hoe zal de infrastructuur van uw organisatie (sociaal wezen, leeftijd, maturiteit, grootte, fysieke indeling) de implementatie beïnvloeden?
    - Hoe zal de infrastructuur de implementatie faciliteren of hinderen?
        - Hoe zal je werken rond structurele uitdagingen/moeilijkheden?

- Welke veranderingen of aanpassingen aan de infrastructuur zullen nodig zijn om het SPICES project zo goed mogelijk te kunnen implementeren?
  - Wijzigingen in: scope van de praktijkvoering, formeel beleid, informatiesystemen, andere?
  - Kan je het proces omschrijven dat nodig zal zijn om deze noodzakelijke aanpassingen door te voeren?

Geanticipeerde "impact"

- Vergelijk het SPICES project met reguliere zorg in jouw setting.
  - Hoe onderscheidt het SPICES project zich van de gebruikelijke manier van werken?
  - Hoe zal het de aard van je werk beïnvloeden?
  - Welke voordelen/potentiële meerwaarde biedt het project in vergelijking met bestaande initiatieven in de setting?
  - Welke nadelen heeft het project in vergelijking met bestaande initiatieven in de setting?
- Hoe belangrijk is dit project om aan de noden tegemoet te komen van de doelpopulatie van jouw organisatie, of aan andere doelstellingen in de setting?
  - In welke mate zal het SPICES project wel/niet aan de noden van de doelpopulatie tegemoetkomen?
  - In hoeverre zal het SPICES project huidige hiaten of tekortkomingen oplossen?

PER IMPLEMENTATIE

Ervaringen, barrières en facilitatoren

- Beschrijf het verloop tot nu toe van het SPICES project in jouw setting. Wat is je algemene indruk?
  - Wat vind je goed aan het project en wat kan beter?
  - In hoeverre komen je ervaringen overeen met wat je op voorhand had verwacht?
  - Wat zijn in het algemeen de barrières, facilitatoren die jullie ondervinden tijdens het implementeren van SPICES?
- Welke eigenschappen van de context waarin jullie werken beïnvloeden of bepalen mee de implementatie van het SPICES project en hoe gaan jullie daarmee om?
- In hoeverre nemen alle teamleden binnen de huisartsenpraktijk deel aan de verschillende componenten van het SPICES project?
  - Wat hebben jullie nodig om geëngageerd te blijven tijdens het project?
  - In welke mate word je gesteund door de rest van het team en eventuele formele of informele leidersfiguren?
- Wat is jouw ervaring en gevoel bij jouw nieuwe rol binnen het SPICES project: als profiler, coach en/of implementer?
  - Welke positieve dingen heb je al ondervonden bij het uitvoeren van de componenten van het project?
  - Waar had je een minder goed gevoel bij of wat waren uitdagingen?
  - In welke mate heeft de training rond profiling/coaching die werd voorzien door het project jouw kennis en vaardigheden versterkt?
    - Welke kennis en vaardigheden heb je verworven en welke competenties moeten verder worden ontwikkeld?
    - Werd er voldoende training gegeven om jou in staat te stellen het project te implementeren?
    - Wat zou je nog willen of nodig hebben om je competenties te versterken?
  - Hoeveel vertrouwen heb je in je eigen competenties in het toepassen van het SPICES project (profiling, coaching)?
    - Wat doet dit vertrouwen afnemen en wat zou dit vertrouwen kunnen versterken?
- Wat is jouw perceptie van de kwaliteit van het project in zijn geheel, de verschillende componenten en de ondersteunende materialen/tools/trainingen?
  - In hoeverre is het project aangepast aan jouw setting?
  - Is het project praktisch om uit te voeren? Hoe haalbaar is het en wat beïnvloedt dit?
  - Welke extra ondersteuning heb je nodig om nog tot een beter resultaat te komen?
  - In welke mate stelt het project middelen ter beschikking ter ondersteuning? Wat zou beter kunnen?

Ideeën en perceptie over de huidige impact

- Wat is op dit moment je algemene indruk op de impact van het project?
  - Op de werking binnen de praktijk
    - In hoeverre heb je het gevoel dat het SPICES project de moeite waard of zinvol is?

    - In welke mate heeft dit project effecten op de algemene werking binnen de praktijk op vlak van organisatie, werkdruk, samenwerking, communicatie, logistiek, etc?
  - Op u en uw collega's
    - In hoeverre merk je zelf een verschil in je persoonlijke functioneren (mindset, competentie, opinie)?
    - In hoeverre merk je een verschil in de cultuur binnen de setting (waarden en normen, visie)? Is er een verschil te merken tussen collega's of geldt dit voor het hele team?
  - Op de doelpopulatie
    - Hoe zijn de reacties?
    - Welke mensen worden meestal bereikt?
    - Komt er veel respons: In hoeverre zijn mensen bereid om deel te nemen aan de profiling en aan een eventueel vervolgtraject?
    - Op welke vlakken kan je met de verschillende componenten van het project een verschil betekenen voor de populatie?
    - Hoe zouden we de impact op de doelpopulatie kunnen versterken?
- In welke mate worden de geïmplementeerde componenten van het SPICES project geëvalueerd?
  - Wordt er tijd en ruimte vrijgemaakt voor reflectie? (vb. komt dit terug op vergaderingen?)
    - Individuele reflectie? (vb taakbelasting)
    - Procesmatige reflectie? (vb groepsdynamiek)
  - Hoe wordt hiermee omgegaan in de praktijk? Wie wordt hierbij betrokken en op welke manier gaan jullie hiermee aan de slag?

Opvolging van de planning van SPICES componenten in de praktijk

- AANPASSEN of WIJZIGEN en HOE GOED
  - Welke componenten van het project dienen volgens jou aangepast of gepersonaliseerd te worden OF heeft u ondertussen reeds aangepast? Beschrijf wat, waarom, wanneer en hoe.
  - Welke componenten van het project dienen volgens jou gewijzigd te worden OF heeft u ondertussen reeds aangepast? Beschrijf wat, waarom, wanneer en hoe.
  - In hoeverre werd de interventie volgens de vooropgestelde planning uitgevoerd? Wie heeft dit mee bewaakt? Als er strategieën werden gebruikt om de trouw te behouden of te verbeteren, beschrijf ze. Hoe kan dit in de toekomst verbeterd worden?

POST IMPLEMENTATIE

Eindproduct implementatie

- Beschrijf in grote lijnen het project na 1,5j in de praktijk
  - WAT
    - Procedures/fasen
    - Materialen
  - IMPLEMENTER
    - Welke teamlid deed wat?
  - HOE
    - Face-to-face, video, telefoon, mail,…
  - WAAR
  - WANNEER
    - Hoe veel contacten? Duur?
  - HOE GOED
    - In hoeverre werd de vooropgestelde planning uitgevoerd? Wie bewaakt dit mee?
  - AANPASSEN
    - Welke componenten van het project heeft u ondertussen aangepast? Beschrijf **wat, waarom,** wanneer en hoe.
    - In hoeverre hebben deze aanpassingen het project verbeterd?
    - Zijn er ook dingen onverwacht of onbedoeld aangepast? Welke componenten en wat was de oorzaak?

Inbedding SPICES lange termijn

- Welke componenten van het SPICES project zijn tot nu toe behouden?

- Waarvan denk je dat het **overbodig** is om te behouden en waarom?
- Wat vind je het **meest waardevol** om te behouden en waarom?
  - Hoe makkelijk of moeilijk is het om het SPICES project in je huidige werk te integreren?
  - Hoe duurzaam schat je deze aanpassingen in? Wat belemmert dit en wat zou dit kunnen versterken op lange termijn?

- In hoeverre plan je welke componenten te integreren in de toekomstige praktijkvoering (na afloop van het project)?
  - Wie zal hierbij betrokken blijven/worden, wie heb je hiervoor nodig?
    - In de eigen setting?
    - Buiten uw eigen setting (personen, instanties, organisaties)?
- Wat zijn de barrières en facilitatoren om dit SPICES project op langere termijn te behouden en hoe kunnen deze aangepakt of versterkt worden?
- Welke kosten zullen jullie moeten overwegen wanneer jullie besluiten om het project (of componenten ervan) verder te zetten?
  - In welke mate zijn deze kosten gedekt door het huidige financiële systeem?
- In welke mate kan je het SPICES project integreren in jouw professionele missie en (wettelijke) verantwoordelijkheid/professioneel domein?
  - In hoeverre is het toepassen van SPICES een legitiem onderdeel van je rol binnen de praktijk /organisatie?
  - In welke mate zijn de werkverhoudingen gewijzigd tijdens het project?
- Wat voor ondersteuning (structureel, financieel, andere incentives) zouden uw beslissing of bereidwilligheid tot het verderzetten van het SPICES project kunnen beïnvloeden?
- Welke middelen heb je nodig om het project verder te zetten en de verschillende componenten tot bij de **doelpopulatie** te krijgen?
- Wat vinden jullie nu de **cruciale componenten** van het SPICES project voor de zorgverlening aan jullie doelpopulatie en als aspect binnen jullie praktijkvoering, en welke eigenschappen moeten **zeker worden overgenomen** in een volgende setting?
  - Welke lessen kunnen worden geleerd van dit project?
  - Op welke manier moet hierbij tewerk worden gegaan om dit zo goed mogelijk te ondersteunen?

Bijlage 7: informatie fiche

