Peer-to-peer interactie als therapeutische tool binnen de huisartsenpraktijk: do's and don'ts

Heyns Kato, KU Leuven

Primus Nore, KU Leuven

Promotor: Decat Peter, UGent

Co-promotor: Beselaere An, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

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

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

Abstract

Context

De laatste decennia neemt het belang van gezondheidspreventie steeds meer toe. We merken echter in ons huidige systeem van praktijkvoeren dat er, naast de klacht waarvoor de patiënt langskomt, vaak geen tijd rest om ook het preventieve luik aan te halen op een consultatie van gemiddeld 15 minuten. Prestatiegeneeskunde, zoals het in België nog steeds overwegend is, leent zich ook niet optimaal tot preventie in de praktijk. Noord-Europa is voorloper in het nastreven van holistische en preventieve geneeskunde. Peer-to-peer sessies als onderdeel van een behandeling worden hier reeds heel wat jaren georganiseerd. De laatste jaren neemt ook in ons land de interesse hierin toe.

Doelstellingen

In deze studie onderzoeken we enerzijds of deze peer-to-peer sessies zinvol en effectief zijn, als aanvulling op intussen reeds heel wat bestaande studies. Anderzijds leggen wij de focus op de organisatie vanuit de huisartsenpraktijk. Wat zijn de motivatoren, drempels, valkuilen voor een praktijk om zelf een vorm van peer-to-peer interactie op poten te zetten?

Methodologie

In praktijk Medisch Thuis in Laakdal, waar wij beiden onze HAIO-periode afronden, zijn reeds heel wat peer support trajecten verwezenlijkt en momenteel lopend. In deze studie namen we 9 kwalitatieve diepte-interviews af bij 4 begeleiders en 5 deelnemers van twee verschillende trajecten. Deze interviews werden verwerkt via de Realist Impact Evaluation waarbij we werkten volgens de CMO hypothese (context, mechanisme, outcome). Door zowel begeleiders als deelnemers te includeren, kregen we een duidelijk beeld over motivatoren, drempels, valkuilen en aandachtspunten bij het opzetten van een dergelijk traject in een praktijk.

Resultaten

Belangrijk voor een goede interactie binnen de groep bleek het vertrouwen en het veilige gevoel onder de deelnemers. Verder was de vrijblijvendheid van interactie voor enkele deelnemers van belang. Herkenning in elkaars verhalen creëerde samenhang binnen de groep. Organisatie vanuit de huisartsenpraktijk verhoogde de geloofwaardigheid en het vertrouwen in het traject. Vanuit het perspectief van de organiserende praktijk was de grootste potentiële valkuil het ontbreken van een visie en duidelijke doelstellingen. Verder vormde de financiering een struikelblok. Subsidiëring is moeilijk te verkrijgen en zonder deze tussenkomst is het financieel voor veel praktijken niet haalbaar om een traject te starten.

Conclusie

De peer support sessies werden door zowel deelnemers als begeleiders meestal zeer positief onthaald. Door verder empirisch onderzoek op grotere schaal zal het al dan niet zinvol zijn van zulke trajecten moeten blijken, waardoor de financiering vanuit de overheid hopelijk zal volgen en de organisatie hiervan ook mogelijk wordt voor kleinere of niet-forfaitaire praktijken.

Inhoud

Abstract 3
Context 3
Doelstellingen 3
Methodologie 3
Resultaten 3
Conclusie 3
Inleiding 6
Literatuuronderzoek 7
Peer-to-peer support: wat weten we al? 7
Samenstelling van de peergroep 7
Manier van communiceren 8
Methodologie 9
Interventie 9
Verloop 9
Rekrutering van de deelnemers 9
Setting 9
Evaluatie 10
Realist Impact Evaluation: CMO hypothese 10
Datacollectie 10
Analyse van de data 11
Onderzoeksvraag 11
Resultaten 12
Context 12
Deelnemers en groepsgrootte 12
De keuze om deel te nemen 13
Informatie en verwachtingen vooraf 16
Organisatie vanuit de huisartsenpraktijk 16
Mechanisme 18
Interactie 18
Sociaal contact 20
Herkenning 20
Anderen hebben het slechter dan ik 20
Deelname aan het volledige traject 21
Outcome 21
Tevredenheid 21
Verandering 21
Contact buiten of na het traject 22

Valkuilen en drempels voor de organiserende praktijk 23
Visie 23
Financiële haalbaarheid 24
Aanwerving van paramedici 24
Onvoldoende ruimte 26
Onvoldoende patiënten 26
Onvoldoende tijd voor overleg en feedback 26
Discussie 28
Bevindingen 28
Ervaringen van de deelnemers 28
Ervaringen van de begeleiders en organisatoren 28
Drempels om deel te nemen 29
Tekortkomingen van het onderzoek 29
Vervolgonderzoek 29
Algemeen besluit 30
Onze ervaring 31
Reflectie Kato 31
Reflectie Nore 32
Referenties 33
Bijlagen 35
Aanvraag Ethisch Comité 35
Goedkeuring Ethisch Comité 39
Informed Consent 45
Vragen kwalitatief interview 49

Inleiding

Gezondheid is een zeer holistisch begrip. De WHO definitie spreekt van een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. (1) In de jaren ‘40 was dit nieuw en vooruitstrevend in vergelijking met het oudere model dat stond voor afwezigheid van ziekte. Intussen wordt ook dit model meer en meer in vraag gesteld. In die tijd was de grootste oorzaak van (vroegtijdige) sterfte namelijk acute ziekten. Terwijl de laatste jaren chronische aandoeningen meer op de voorgrond staan. (2) Hierbij wordt liever het model van positieve gezondheid gehanteerd, zoals dat van Machteld Huber. Dit model ontleedt het begrip ‘gezondheid’ in 6 onderverdelingen: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, dagelijks functioneren, sociaal maatschappelijk participeren en kwaliteit van leven. Dit maakt gezondheid een dynamisch gegeven waarbij functioneren, veerkracht en zelfregie centraal staan. (3)

In tegenstelling tot vele specialismen heeft de huisarts een sleutelrol in de volledige gezondheid, in de meest holistische vorm. De patiënt geeft zijn of haar huisarts het voorrecht om samen na te denken over diens gezondheid: waar gaat het goed en waar kan het beter? Het is belangrijk het overzicht te bewaren over de verschillende facetten van gezondheid en als jonge huisartsen willen we dit integreren in ons dagelijkse praktijkvoeren zonder te vervallen in het louter probleemoplossend denken, wat huisartsgeneeskunde ons inziens nog te vaak omvat.

We beseffen echter ook dat het een nobel doel is dit te realiseren vanuit enkel één-op-één contacten tussen huisarts en patiënt. Gezondheidszorg zal vermoedelijk naar de toekomst toe steeds meer gaan bestaan uit alternatieve vormen van zorg, naast de klassieke geneeskunde zoals we die vandaag de dag nog voornamelijk kennen. Peer-to-peer interventies, waarbij patiënten met gelijkaardige gezondheidsproblemen elkaar ontmoeten, ervaringen delen en zo een motivatie kunnen vormen voor elkaar, kunnen hier een perfecte aanvulling vormen.

Het idee om dit onderzoek te starten, vertrekt vanuit de praktijk waar we beiden in opleiding zijn, namelijk het Medisch Thuis in Laakdal, een gezondheidscentrum dat werkt op forfaitaire basis. In deze praktijk werken naast huisartsen een heel aantal paramedici en vrijwilligers die vanuit verschillende standpunten de patiënt ondersteunen. Het leek ons een uitgelezen kans dit onderzoek op te zetten in deze unieke setting die zich hier uitstekend toe leent.

Ten slotte zijn wij als huisartsen in opleiding de zorgverleners van de toekomst en voelen we ons mede verantwoordelijk om een vooruitstrevende, meer preventieve en allesomvattende zorg aan patiënten te kunnen bieden.

Literatuuronderzoek

Peer-to-peer support: wat weten we al?

Veel patiënten met chronische ziekten ervaren moeilijkheden met het volgen van het behandelplan dat werd vooropgesteld door hun arts. Deze therapieontrouw komt niet louter voort uit een gebrek aan motivatie, ondanks dat het een belangrijke rol kan spelen. Er zijn immers nog heel wat andere interfererende factoren, zoals een gebrek aan kennis over gezondheid, ziekte en behandeling ervan, een gebrek aan zelfvertrouwen om de eigen gezondheid in handen te nemen, een tekort aan adequate ondersteuning door familie en/of vrienden om gedragsveranderingen te bekomen, fysieke gebreken (bv. verminderd zicht) en een gebrek aan financiële middelen. (4)

Het huidige gezondheidssysteem is gebaseerd op de arts-patiëntrelatie, aangevuld met voornamelijk één-op-één contacten met paramedici. Deze contactmomenten zijn van uiterst belang, maar zeer arbeids- en kostenintensief. Tijdsdruk en snel groeiende medische ontwikkelingen en technologieën zetten deze interpersoonlijke communicatie tussen arts en patiënt onder druk. (5) Peer support interventies kunnen, door hun bewezen effectiviteit en relatief lage kost, een ideale aanvulling vormen binnen ons gezondheidssysteem en de huidige aanpak van chronische aandoeningen.

Peer support interventies combineren traditionele peer support (ondersteuning door iemand met dezelfde gezondheidstoestand of belangrijke gemeenschappelijke eigenschappen) met een meer gestructureerd educatie- en ondersteuningsprogramma. (5)

Het tekort aan sociale ondersteuning blijkt een belangrijke risicofactor voor beperkte zelfzorg en, secundair hieraan, een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. (6) Het bestaande sociale netwerk, familie en vrienden, voldoet vaak niet aan de noden van de patiënt, zo bleek uit een kwalitatieve studie naar peer support bij eindstadium nierfalen. Sommige deelnemers gaven aan hun naasten te willen 'beschermen' en hen niet tot last te willen zijn met hun problematiek, ondanks hun eigen nood aan ondersteuning. (7)

Peer support combineert de voordelen van zowel het krijgen als het geven van deze zo noodzakelijke sociale steun. Er is namelijk ook evidentie dat het ondersteunen van anderen ook gezondheidswinst oplevert, door een afname van depressieve symptomen (8), een toename van de eigenwaarde en een toename van de kwaliteit van leven. (9)

Peer-to-peer ondersteuning blijkt zo effectief door de niet-hiërarchische relatie tussen mensen die op basis van een gelijkaardige gezondheidsproblematiek hun ervaringen en kennis hierover kunnen uitwisselen. Deze interactie bevordert het nemen van de eigen verantwoordelijkheid en daardoor de gezondheidswinst. (10)

Een groot aantal van de peer interventies in de literatuur beschrijven onderzoeken binnen patiëntenpopulaties met diabetes type 2. Zo verscheen in 2007 een RCT die kon aantonen dat peer support kan leiden tot betere medicamenteuze therapietrouw, strikter dieet, meer beweging en betere glucose monitoring met een toename van de ziektecontrole tot gevolg. (11)

Samenstelling van de peergroep

De 'peer' is iemand die ondersteunend is binnen een gemeenschap die gelijkenissen vertoont met de 'target' populatie (bv. leeftijd, etniciteit, gezondheidsprobleem, …) en voldoende kennis heeft die concreet, pragmatisch en actueel is én vooral vanuit persoonlijke ervaringen afgeleid is, eerder dan uit een opleiding.

De samenstelling van de groep is een belangrijk begin van een studie zoals de onze. Bepaalde gelijkenissen tussen de deelnemers, zoals hetzelfde probleem, dezelfde situatie of gelijkaardige ervaringen in het verleden, blijken volgens voorgaande studies de outcome te verbeteren. (12,13)

Deelnemers gaven in deze onderzoeken aan dat ze bij mensen met dezelfde ervaringen meer het gevoel hadden dat zij hun reactie op een situatie echt begrepen uit die eigen ervaring.

Er bleken echter ook bepaalde factoren geen of net een omgekeerde invloed te hebben op de outcome, namelijk 'structural', 'appraisal' en 'psychological' similarity, in tegenstelling tot wat men in eerste instantie zou kunnen denken. (14) Structurele verschillen, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke status en opleidingsniveau, bleken niet gecorreleerd aan een betere outcome. Ook de gelijkheid in beleving van een situatie, eerder positief of negatief, bleek niet noodzakelijk te leiden tot een betere uitkomst. De verschillende perspectieven en ervaringen kunnen net verrijkend zijn om zelf tot andere inzichten te komen. Ten slotte bleken ook gelijkenissen in de psychologische status van de deelnemers, bv. depressie, geen direct verband te hebben met de uiteindelijke resultaten. Op al deze vlakken blijkt het vaak niet de gelijkenis, maar net de complementariteit te zijn die tot een betere uitkomst leidt.

Ondanks dat we weten dat intrinsieke motivatie de kansen op succesvolle gedragsveranderingen sterk beïnvloedt, blijkt het geen noodzakelijke vereiste te zijn om deel te nemen aan peer-to-peer interventies. (15) Ook zonder zelfbewustzijn kan het zien van anderen die bewust bezig zijn met hun levensstijl, aanzetten tot reflectie. Initieel niet-gemotiveerde, maar wel nieuws- en leergierige patiënten, zouden dus niet geëxcludeerd mogen worden op basis van hun initiële ideeën over een gezonde levenswijze.

Manier van communiceren

Peer-to-peer interactie kan op verschillende manieren tot stand komen. Dit kan één op één, via zelfhulpgroepen, online, … Ook de setting kan verschillen. Zo kan het bijvoorbeeld binnen een gemeenschap doorgaan, maar eveneens in het ziekenhuis. Veel van deze factoren zullen afhangen van onderwerp tot onderwerp (bv. bij preventie van SOA's zijn sessies op een school een vaak gekozen optie, terwijl bij chronische gezondheidsproblemen het vaak eerder via een gemeenschap of ziekenhuis zal doorgaan).

De belangrijkste aspecten die aan bod moeten komen zijn emotionele steun, informationele steun en waarderende steun. In welke volgorde en welke hoeveelheid deze voorkomen, hangt opnieuw af van waarvoor iemand hulp krijgt. (5) Zo is peer support bij gezondheidspromotie initieel vaak vooral gericht op informatie en nadien meer op het emotionele, terwijl dit bij bv. patiënten met een nieuwe kankerdiagnose start met de emotionele component.

Methodologie

Interventie

Verloop

De interventiegroepen werden samengesteld vanuit Medisch Huis 't Rondpunt, de multidisciplinaire forfaitaire praktijk waar wij beiden onze huisartsenopleiding vervolledigen. Zij werkten een aantal zorgtrajecten uit die patiënten met chronische aandoeningen (zoals diabetes of fibromyalgie) samenbrengen om op een positieve manier aan hun gezondheid te werken. Dit kan gaan van educatie tot bewegingstherapie, kookworkshops, … De sessies werden begeleid door enkele paramedici die aangesloten zijn bij de praktijk. Ter voorbereiding woonden we, voorafgaand aan onze effectieve studie, reeds enkele sessies bij. Deze behoorden tot het traject 'gezond op leeftijd'. Hierbij kregen we een idee van de verhouding peer-to-peer interactie vs educatie binnen de trajecten.

We gingen uit van bestaande groepen binnen de praktijk waar we stage lopen. Deze zijn zeer divers, van bv. 'lifestyle' traject tot bewegingstraject bij mensen met chronische pijn, tot een rookstoptraject. Doordat de groepen elkaar al kenden en reeds begonnen waren met de sessies was er al een soort basisvertrouwen aanwezig, nog voor we zelf gingen meevolgen.

Er werd gekozen voor participerende observatie. Hierbij waren wij als onderzoeker bij een aantal sessies ter plaatse aanwezig en namen we deel aan de activiteiten, net als de onderzoeksgroep. Zo probeerden we zo weinig mogelijk 'afstand' tussen onderzoeker en onderzoeksgroep te creëren, waardoor een meer vertrouwelijke relatie tussen beiden ontstaat. Hierdoor hadden we tevens de mogelijkheid om onze eigen observaties te integreren in de resultaten. Als participerende observator stelden we bepaalde zaken vast die we later zagen terugkeren in de interviews van de deelnemers.

Rekrutering van de deelnemers

In één van de sessies van elk traject gaven wij als onderzoekers informatie over onze studie. Geïnteresseerden konden zich meteen bij ons aanmelden of ons nadien via mail contacteren. Zij werden vervolgens gecontacteerd om het interview vast te leggen.

Alle deelnemers kregen voldoende informatie alvorens schriftelijk een informed consent werd getekend. De deelnemers hadden op elk moment het recht om hun deelname aan de studie stop te zetten.

We kozen ervoor om zowel organisatoren als paramedici die de trajecten begeleiden alsook deelnemers te interviewen om inzicht te krijgen in de verschillende perspectieven. We selecteerden twee deelnemers van het traject 'gezond op leeftijd' en drie deelnemers van het 'lifestyle' traject. Verder interviewden we een gezondheidscoach ('lifestyle' traject) en een psychotherapeute (traject 'fibromyalgie' en 'gezond op leeftijd'). Ten slotte includeerden we één van de huisartsen en de hoofdverpleegkundige van de praktijk, die beiden aan de wieg stonden van deze trajecten en ze zowel praktisch als inhoudelijk vorm gaven.

Setting

Zowel de sessies van de lopende trajecten als onze interviews gingen door in de huisartsenpraktijk. De gesprekken werden opgenomen om nadien uitgetypt en gecodeerd te kunnen worden.

Evaluatie

Realist Impact Evaluation: CMO hypothese

In dit onderzoek werd de realist impact evaluation volgens Pawson and Tilley gehanteerd. (16) Deze onderzoeksmethode bekijkt welke omstandigheden en welke mechanismen nodig zijn om een interventie te doen slagen. Vanuit de Realist Impact Evaluation werd een centrale CMO hypothese opgesteld. Zo gingen we kijken wat de impact was van verschillende contextuele factoren (C) op bepaalde mechanismen (M) die de outcome (O) bepalen en de relatie tussen deze drie.

De volgende factoren werden mee in rekening genomen in ons onderzoek:

Context

- Groepsgrootte
- Interindividuele gelijkenissen tussen de deelnemers
- Kostprijs van het traject
- Fysieke bereikbaarheid
- Verschaffen van informatie vooraf
- Organisatie vanuit een huisartsenpraktijk

Mechanisme

- Gevoel van verbondenheid en veiligheid
- Bijleren van anderen
- Sociaal contact als therapie en motivator
- Herkenning

Outcome

- Tevredenheid
- Verbetering van de algemene gezondheid

Ten slotte werd dieper ingegaan op mogelijke drempels, motivatoren en valkuilen bij de organisatie van een peer-to-peer interventietraject vanuit een huisartsenpraktijk.

Datacollectie

Data werden gecollecteerd door middel van kwalitatieve diepte-interviews na afloop van de sessies. Deze hadden als doel een beter inzicht te krijgen in de ervaring van de deelnemers en de begeleiders van de trajecten. De vragen werden zo algemeen en open mogelijk gesteld om de deelnemers en begeleiders in eigen woorden te laten vertellen. Er werd een semi-gestructureerde manier van communiceren gehanteerd, om de vrijheid te behouden de verschillende thema's aan bod te laten komen afhankelijk van hoe het interview loopt. Af en toe hielpen meer gesloten vragen en vervolgvragen (bv. Waarom was dat zo? Wat maakt dat je dat gevoel had? Kan je dat even toelichten?) ons om reeds gegeven antwoorden verder uit te diepen.

In de interviews werd gepeild naar wat de deelnemer van het traject verwachtte en hoe hij of zij dit beleefde. Hiernaast werden contextuele factoren en mechanismen bevraagd die hiertoe bijdroegen. Welke factoren creëren een veilige omgeving en welke maken het net moeilijk om open te praten binnen een groep? Wat betreft de outcome werd gepeild naar het effect van de sessies op de algemene gezondheid en het al dan niet aanraden aan andere potentiële deelnemers.

Er werd ook uitgebreid ingegaan op het feit dat de sessies vanuit een huisartsenpraktijk worden georganiseerd. Ten slotte bevroegen we de mogelijke valkuilen bij het opzetten van een gelijkaardig traject vanuit een praktijk: waar moet op gelet worden, bv. bij het samenstellen van de groep, de inhoudelijke uitwerking, de praktische kant,...

We namen ook zelf deel aan enkele sessies en binnen het traject 'gezond op leeftijd' begeleidden we ook zelf een sessie rond dementie. Dit gaf ons een indruk van de groepsdynamiek.

Analyse van de data

Zoals reeds vermeld, werden alle interviews opgenomen en volledig uitgetypt. Deze werden via Nvivo gecodeerd en samengebracht om te kunnen analyseren en interpreteren.

Onderzoeksvraag

Op welke manier kan peer-to-peer interactie binnen de eerstelijnszorg worden toegepast om gezondheidsbevordering te faciliteren? Waarmee moet je rekening houden en wat zijn valkuilen bij het opstarten en begeleiden van groepen? Welke contextuele factoren en mechanismen spelen een rol in het bekomen van een gewenste uitkomst?

Resultaten

Context

Deelnemers en groepsgrootte

Interindividuele gelijkenissen en verschillen

Hoewel dit voor de meesten niet het geval was, werd het verschil in **leeftijd** door sommige deelnemers als een struikelblok ervaren. Mogelijke oorzaken die werden aangehaald zijn het verschil in behoefte aan sociaal contact, verschillende nood aan informatie voorafgaand aan het traject en het verschil in visie.

Er werd een belangrijk interindividueel verschil opgemerkt in inzicht in de eigen gezondheid en de staat van bewustzijn. Dit werd door verschillende begeleiders op een andere manier ervaren. Enerzijds heel goed en verrijkend voor de heterogeniteit, gezien de deelnemers zo van elkaar konden leren en anderzijds niet goed, gezien de moeilijkheid om iedereen zo mee op sleeptouw te nemen.

Begeleider 1: "Qua bewustzijn vind ik dat (grote onderlinge verschillen) wel heel fijn. Daar kunnen mensen elkaar onderling doen nadenken en inpikken op elkaar. Van elkaar gaan ze misschien nog eerder aannemen dan van mij. Dan hoop ik wel dat het overwicht ligt bij de mensen met een verder gevorderd bewustzijn, want als het omgekeerd is, kan het ook ten koste zijn van de vooruitgang, dan kan het veel energie kosten om te voorkomen dat het een klaaggroepje wordt."

Begeleider 2: "Hier heb je mensen die al met hun hoofd naar het water staan, klaar om te drinken. Maar je hebt er ook die nog volledig in de 'externe locus of control' zitten: ik moet een pilletje krijgen en dat gaat het probleem voor mij oplossen. Dat er een enorm verschil is in staat van bewustzijn van de deelnemers bevordert de homogeniteit van de groep niet."

Ook een verschil in **fysiek 'kunnen'** werd aangehaald.

Deelnemer 1 (over de bewegingslessen in 'Gezond op leeftijd'): "Er waren mensen bij die wel heel fit zijn en voor wie het heel goed was, maar er waren ook mensen bij die niet zo goed mee konden."

Ten slotte kwam ook in enkele interviews, van zowel deelnemers als begeleiders, ter sprake dat er een grote interindividuele diversiteit bestond in **motivatie, doelen, behoeftes en verwachtingen** van de sessies. Een duidelijk kader over wat de doelstellingen zijn binnen een traject is daarom erg belangrijk (zie D.1. Visie).

Samenstelling van de groep

Om een te grote heterogeniteit in de groep te vermijden, zou het een keuze kunnen zijn vooraf een selectie te maken wat betreft de deelnemers. Bij voldoende kandidaten zou het anderzijds net nuttig zijn om de deelnemers een beetje te verdelen wat betreft gezondheidsinzicht om optimaal te kunnen leren van elkaar. Voorlopig is er toch een terughoudendheid om dit te doen bij de begeleiders, gezien de fase van bewustwording op korte tijd heel erg kan veranderen.

Begeleider 1: "Als je maar één groep kunt vormen, zou ik wel voorzichtig zijn, want op een paar sessies kunnen iemands ogen wel open gaan. Ik denk dat we dus best niet te streng zijn en geloven in de kracht van het traject, want ik sta echt wel versteld van het effect."

Verder gebeurt er vaak toch al een indirecte selectie door de verwijzende huisartsen. Wie verwezen wordt naar het traject wordt verondersteld hier baat bij te hebben én in groep te kunnen interageren met andere deelnemers.

Groepsgrootte

De grootte van de groep lijkt af te hangen van het traject en de mate van interactie binnen de groep. Zo werd door deelnemers van 'Gezond op leeftijd' aangegeven dat 10 tot 15 deelnemers ideaal zou zijn, terwijl dezelfde vraag door deelnemers van het 'Lifestyle' traject met een lager cijfer beantwoord werd, namelijk 6 tot 8.

Doordat de groepen klein zijn, is er een heel **persoonlijke aanpak**. Dit zou een valkuil kunnen zijn bij het groter maken van de groepen. Ook zou het risico kunnen bestaan dat deelnemers meer door elkaar beginnen praten en minder goed luisteren naar elkaar. Ten slotte wordt meermaals vermeld dat een kleine groep **veiligheid** biedt en bevorderlijk is voor het **groepsgevoel**.

Een te kleine groep kan dan weer drempelverhogend werken. Dan wordt je eigen inbreng belangrijker, dit kan druk leggen op de deelnemers.

Deelnemer 2: "Twee is te weinig. Dan zit je daar met zenuwen van: je hebt 50% kans dat je je mond moet opendoen."

De keuze om deel te nemen

Motivators om deel te nemen

Sociaal contact

Vooral in het traject 'Gezond op leeftijd' merkten we dat de nood aan sociaal contact een belangrijke motivator was om deel te nemen. Een van de deelnemers gaf ook aan dat ze merkte dat jongere mensen gemiddeld minder de behoefte lijken te hebben om -naast hun job, kinderen, gezin- nog sociaal contact op te zoeken onder deze vorm.

Ook de verwachtingen liggen heel anders in de verschillende trajecten. Waar de focus in het 'Lifestyle' traject ligt op verandering door vooral educatie en in mindere mate interactie met elkaar, ligt deze in het traject voor ouderen wat anders. Het bijleren lijkt eerder bijkomstig en ondergeschikt te zijn aan het **buitenkomen en samenzijn**.

Begeleider 1: "Ik heb de indruk dat hun verwachtingen minder hoog liggen, dat ze eerder komen voor het samenzijn en dat het bijleren bijkomstig is. Het resultaat is dat ze gewoon een heel fijne middag hebben gehad. Ze zijn buiten gekomen en da's leuk. Ze werken minder naar iets toe, hoewel het resultaat er wel is: ze voelen zich beter."

Anderzijds wordt ook door deelnemers van het 'Lifestyle' traject aangehaald dat interactie heel belangrijk is, zelfs in die mate dat het bijna therapeutisch werkt.

Intrinsieke wens tot verandering

Een van de deelnemers gaf aan dat ze op een kantelpunt in haar leven stond, waarop ze de keuze leek te hebben om het heft in eigen handen te nemen of verder 'geleefd' te worden zoals ze de vele jaren voordien had gedaan.

Deelnemer 2: "Ik had voor mezelf besloten -ik had ook huidkanker op dat moment-: het is nu of niet, ik moet er gewoon door. Ik ben iemand van alles of niks en voor mij was het alles op dat moment."

Motivatie door vertrouwenspersonen

Ook externe motivators werden aangehaald. Een deelnemer van het 'Lifestyle' traject zei dat haar partner had aangedrongen om deel te nemen en dat dit voor haar een doorslaggevende factor was. Verder heeft ook de huisarts veelal een invloed op het al dan niet deelnemen aan een traject (zie A.4. Organisatie vanuit een huisartsenpraktijk).

Een gemeenschappelijk punt tussen zowel dichte vrienden/familie als de huisarts is **vertrouwen**. Van vertrouwenspersonen verwacht je dat zij het beste met je voorhebben en dit werkt motiverend.

Correcte informatie

Door verschillende deelnemers wordt ingegaan op het nut van de inhoud van de sessies. Terwijl het in het 'Lifestyle' traject over inhoudelijk 'moeilijkere' onderwerpen ging, waren het in het traject 'Gezond op leeftijd' vaak eerder kleine, banale dingen die de deelnemers meepikten. Foute ideeën werden gecorrigeerd, relevante en dagelijks toepasbare zaken kwamen aan bod.

Deelnemer 3: "De onderwerpen waren interessant. Ik denk dat ik van alles iets meegepikt heb. Niet enkel dingen die ik nu kan gebruiken, maar waar ik later misschien wel iets mee ben. Of dat ik denk: ah, dat zat in een bundeltje, ik ga nog eens opzoeken hoe het zat."

Drempels om deel te nemen

Kostprijs

De kostprijs werd door bijna alle geïnterviewden aangehaald als één van de grootste drempels om deel te nemen. Ondanks een goede prijs-kwaliteitverhouding loopt het bedrag van het traject in het geheel toch al snel op.

Begeleider 3: "In het 'Lifestyle' traject zien we heel fel dat er meer inschrijvingen zijn nu ze per sessie €12 betalen (of bij verhoogde tegemoetkoming €5) in plaats van het hele bedrag aan het begin van de sessies. Het komt uiteindelijk op hetzelfde neer, maar het is niet voor iedereen evident om die grote som in één keer neer te leggen."

Om de laagdrempeligheid te kunnen garanderen werden de sessies **per keer** betaald, ondanks het engagement van de deelnemers om aan alle sessies deel te nemen. In het verleden was dit niet altijd zo en werd het bedrag

soms wel **in één keer** betaald. Meer dan eens hield dit mensen tegen om deel te nemen en om die reden werd het aangepast.

Er was bij een begeleider de bezorgdheid dat de betaling per sessie gedoe met zich zou meebrengen, gezien dit elke sessie weer tijd in beslag zou nemen. Echter bleek dit in praktijk heel vlot te verlopen. Een duidelijk en goed afgesproken systeem is hierbij wel noodzakelijk.

Begeleider 1: "Eigenlijk heeft me dat aangenaam verrast, dat ging vlot. Mensen hebben gepast geld bij, je moet er niet achter vragen. We hebben een systeem met enveloppen waarop je kan aanduiden wie er is en wie betaald heeft."

Een mogelijke tussenoplossing zou kunnen zijn om de betaling te regelen bv. **per maand of per themablok**. Dit werd door enkele deelnemers aangehaald als alternatief tijdens de tussentijdse feedbackmomenten.

Engagement

Deelnemers engageren zich voor het geheel van sessies. Het is niet de bedoeling om zelf te kiezen aan welke sessies je al dan niet wil deelnemen. Dat betekent dat het heel wat motivatie en engagement vraagt van mensen.

Het maakt dat deelnemers op voorhand goed moeten nadenken of ze dit zien zitten, of ze hiervoor tijd willen vrijmaken en eventueel bepaalde opofferingen willen doen om de sessies te kunnen volgen.

Deelnemer 3: "Ik heb wel een paar keer gedacht: het is nu zo'n mooi weer, nu kan ik niet gaan fietsen. Dus ik heb soms iets moeten opofferen om toch te komen."

Bereikbaarheid

Voornamelijk in het traject 'Gezond op leeftijd' werd vastgesteld dat de fysieke bereikbaarheid van de praktijk voor sommigen een drempel was om deel te nemen.

Deelnemer 1: "Ik weet bijvoorbeeld van iemand die in het begin deelnam dat ze wat verder woonde en te voet kwam, maar achteraf hebben we haar niet meer gezien. Ik denk dat de drempel voor haar te hoog was."

Een mogelijke oplossing hiervoor is carpoolen. Dit gebeurde ook onder de ouderen, waardoor het ook voor de minder mobiele deelnemers toch mogelijk was de sessies te blijven volgen.

Schuldgevoel

Ten slotte was er één deelnemer die aangaf dat ze vooraf twijfelde om in te schrijven omwille van haar idee dat anderen het mogelijk meer nodig hadden om deel te nemen dan zijzelf. Door het beperkt aantal plaatsen had ze het gevoel door haar inschrijving iemand anders te ontzeggen om deel te nemen en dat bracht schuldgevoel met zich mee.

Informatie en verwachtingen vooraf

Een contextuele factor die verder van belang bleek, is de **informatie** voorafgaand aan het traject. Hoe de deelnemers weet hadden van het traject, hing voornamelijk af van het type traject. Voor 'Gezond op leeftijd' was dit vooral via een brochure van de gemeente en brochures in de huisartsenpraktijk, voor het 'Lifestyle' traject verliep dit voornamelijk via de huisarts. Over de nood aan informatie vooraf is geen eenduidigheid. Sommigen vonden dat de informatie in de brochure of mail voldoende was om in te schrijven, het doel van de sessies was duidelijk, veel meer info was niet nodig.

Deelnemer 1: "Wij wisten dat er sessies waren over allerlei onderwerpen, wij namen dat gewoon aan."

Anderen wisten vooraf niet goed wat te verwachten en konden op basis van de verkregen info nog niet altijd goed inschatten of het traject iets voor hen was of niet. Voor sommigen was het net goed om geen overvloed aan informatie te krijgen vooraf en het gewoon 'op zich te laten afkomen'.

Deelnemer 4: "Ik kon me er niet zoveel bij voorstellen, het was beperkt. Op voorhand dacht ik: ik ga nog veel vragen stellen voor ik me inschrijf, maar dan toch bewust ervoor gekozen dit niet te doen en het op me te laten afkomen."

Voor anderen was meer informatie wel nuttig geweest. Zo opperde één van de deelnemers dat een voorafgaande infosessie een duidelijker beeld van het traject en de verwachtingen en doelen zou kunnen scheppen.

Bovendien is een correct **verwachtingspatroon** vooraf ook van belang bij de 'natuurlijke' selectie van de deelnemers. Door mensen samen te brengen met dezelfde doelen en verwachtingen is automatisch de kans groter op goede interactie, samenhorigheid en (h)erkenning binnen de groep met een hogere succeskans tot gevolg.

Begeleider 1: "Ik denk dat mensen zich gewoon aangesproken moeten voelen door het traject en het resultaat dat het kan brengen. Ik geloof erin dat de juiste mensen samenkomen op basis van een goede beschrijving vooraf. Zo kunnen we ook uitval vermijden."

Begeleider 2: "Mensen moeten weten wat ze kunnen verwachten, wat de bedoeling is van het traject, zodat mensen aan de hand hiervan kunnen kiezen of ze zich al dan niet engageren. Mensen moeten voldoende geïnformeerd zijn."

Organisatie vanuit de huisartsenpraktijk

Voordelen

Het feit dat de trajecten georganiseerd worden door en in de huisartsenpraktijk blijkt drempelverlagend om deel te nemen. De volgende factoren werden vermeld als mogelijke redenen hiervoor.

Vertrouwen

Uit meerdere interviews blijkt dat de huisarts een sterk vertrouwen geniet van heel veel patiënten. De **arts-patiëntrelatie** die eerder werd opgebouwd, vaak al jaren of zelfs generaties lang, lijkt een belangrijke meerwaarde te bieden in motivatie van mogelijke deelnemers van trajecten. Net omwille van dit vertrouwen kan de arts in deze setting fungeren als brug tussen het huisartsenkabinet en het traject.

Begeleider 2: "Een arts is iemand die, in mijn ogen, een enorm vertrouwen geniet van alle mensen. Hij of zij kan een enorme brugfunctie vervullen om mensen naar zo'n traject toe te leiden. Wat een arts zegt, wordt heel vaak geloofd."

Ook werd aangegeven door een van de paramedici dat ze meermaals merkte voorzichtig te moeten zijn met het overbrengen van boodschappen die (deels) in strijd zijn met wat de huisarts zegt. De reeds lang bestaande vertrouwensband met de huisarts overstemt dan vaak de vaak korter durende contacten met paramedici.

Geloofwaardigheid

Verschillende deelnemers gaven aan dat de geloofwaardigheid van het traject versterkt wordt doordat het aangeboden wordt door en in een huisartsenpraktijk. Dit lijkt samen te hangen met het vertrouwen dat mensen hebben in hun arts, zoals hierboven reeds werd aangehaald. Maar ook doordat er verwacht wordt dat het door mensen met vakkennis gegeven wordt en het wetenschappelijk onderbouwd zal zijn.

Deelnemer 4: "De eerste infomail kwam van de dokter zelf, dat geeft meer vertrouwen dan dat je via iemand die je niet kent zoiets ontvangt. Er is ook zoveel in de aanbieding tegenwoordig, het is soms moeilijk om in te schatten wat nu betrouwbaar is en wat niet."

Veiligheid

Ook werd aangehaald dat het professionele kader van de huisartsenpraktijk automatisch de verwachting schept dat men ook professioneel omgaat met vertrouwelijke informatie. Zo blijkt het feit dat artsen en zorgverleners **beroepsgeheim** hebben drempelverlagend.

Daarboven gaan de sessies ook door op **dezelfde locatie** als de huisartsenpraktijk, wat ook een zekere vorm van veiligheid creëert. De link met de vertrouwde omgeving vormt een veilig kader om te spreken. In de trajecten rond lifestyle en fibromyalgie blijkt dit belangrijker dan in het ouderentraject. Dit vermoedelijk vanwege het delicate en persoonlijke karakter van de inbreng van de deelnemers.

Geloof in en kennis over het traject

Ten slotte werd door de arts die we interviewden aangegeven dat het ook voor haar drempelverlagend is om mensen te verwijzen naar de trajecten omdat deze door de praktijk georganiseerd worden. Niet zozeer omwille van dezelfde locatie, maar eerder door het **oprecht geloof in het nut van het traject** en het persoonlijk kennen van de begeleiders en de omkadering. Hierdoor kan zij meer kracht en overtuiging in haar eigen woorden leggen.

Nadelen

Minder verwijzing door andere artsen

Het enige nadeel dat duidelijk naar boven kwam, is dat het voor andere artsen in de omgeving een drempel kan vormen om patiënten naar een traject te verwijzen. Enerzijds door de organisatie via de huisartsen, anderzijds door de locatie in de praktijk. Een andere locatie, buiten de praktijk, zou daarvoor een mogelijke oplossing kunnen betekenen, ondanks het voordeel van een vertrouwde omgeving voor de eigen patiënten. Initieel werden de sessies 'Gezond op leeftijd' in het lokaal dienstencentrum georganiseerd en namen meer mensen deel uit andere praktijken.

Begeleider 4: "Ergens is dat ook wel een valkuil, want moest dit traject met onze paramedici doorgaan in bv een lokaal dienstencentrum zou die drempel veel lager zijn. Voor onszelf als huisartsenpraktijk denk ik dat het een gigantisch voordeel is. Maar voor andere huisartsen is het eerder een drempel om ze naar hier te sturen."

Ten slotte zou het nuttig kunnen zijn de mensen steeds terug te verwijzen naar de eigen huisarts nadien, waardoor deze drempel voor andere artsen op termijn minder belangrijk zou worden.

Mechanisme

Interactie

Verbinding

Opbouw van verbinding of 'rapport' bleek zeer belangrijk om interactie te stimuleren binnen de groep. Dit betekent dat je veiligheid en vertrouwen creëert in een setting, waardoor iemand volledig zichzelf kan zijn, zonder enige schroom. Er ontstaat een omgeving waarin mensen zich geconnecteerd voelen en vrijuit kunnen spreken. Begeleiders proberen enerzijds zelf een goede verbinding aan te gaan met de deelnemers, maar anderzijds ook een onderlinge 'rapport' te stimuleren, om interactie onderling zo veel mogelijk uit te lokken.

Begeleider 2: "Je kan hier als therapeut zeer actief op inzetten, hier zijn verschillende methodieken voor, maar vooral in welke therapeutische houding je zit, maar het gaat over je hele wezen: je woorden, je ademhaling, je houding,... Succes wordt in therapie heel erg bepaald door rapport, dit is in individuele sessies zo, maar ook in een groepssessie."

Veiligheid

Veiligheid is cruciaal binnen een groep deelnemers om succesvol interactie aan te gaan en persoonlijke zaken te delen met een groep vreemden. Een veilig gevoel is iets dat er al van het begin kan zijn, vrij vanzelf, zoals een van de deelnemers aangaf, maar het kan ook gestimuleerd worden door aan het begin van het traject af te spreken dat **vertrouwelijke info** steeds binnen de groep blijft. Verder bleek veiligheid gecorreleerd aan een beperkt aantal deelnemers.

Deelnemer 4: "Ik persoonlijk had al van dag 1 een goed gevoel bij de groep, ik voelde me al heel snel veilig. Er waren helemaal geen belemmeringen om iets te kunnen zeggen. Dat vind ik heel fijn, dat je je op je gemak voelt, dat 'thuiskomen'."

Deelnemer 5: "Ik denk ook dat in het begin van de sessies gezegd werd dat wat er binnen de groep gezegd wordt, binnen de groep blijft. Ik vind dat eigenlijk vanzelfsprekend, maar ik denk dat het ook is uitgesproken. Ik vind dat heel belangrijk en ik heb wel het gevoel dat dat binnen deze groep door iedereen zo ervaren wordt."

Een ander onderdeel van veiligheid dat meermaals werd aangehaald was de **vrijblijvendheid** van interactie. Mensen werden uitgenodigd om te interageren en werden positief ontvangen om deel te nemen aan het gesprek, maar steeds zonder verplichting.

Deelnemer 4: "Je voelde al meteen dat er bepaalde mensen waren die minder wilden zeggen, maar dat was ook helemaal geen probleem. Ik kon volledig mezelf zijn, zonder te denken dat er iets verwacht werd of dat ik iets moest zeggen ofzo. Ik was direct op mijn gemak."

Durven spreken door anderen

Verder kwam in bijna alle interviews aan bod dat mensen vaak zelf durven en willen vertellen wanneer ze horen dat anderen dit doen. Zelfs ook zij die in het dagelijkse leven eerder introvert zijn en minder uit zichzelf zouden vertellen, lijken soms 'open' te komen in sessies waarin anderen hen voorgaan in het spreken.

Deelnemer 2: "Wanneer één iemand begint met een persoonlijk verhaal, volgt er vaak ook iemand anders die durft spreken."

Bijleren van anderen

Ten slotte leerden de deelnemers niet enkel van de begeleiders, maar evenzeer van elkaar. Door het horen van elkaars visie en manier van omgaan met bepaalde zaken, werden de eigen -soms routinematige, maar niet altijd meest aangewezen- ideeën en handelingen in vraag gesteld.

Deelnemer 4: "Ik vind het interessant om inzichten van andere mensen mee te krijgen. Er bestaat geen één juiste manier, iedereen heeft een andere insteek, bekijkt het vanuit zijn perspectief. Dat vind ik juist boeiend."

Voldoende tijd

Uit enkele interviews leerden we dat de duur van de sessies ook een belangrijke bepalende factor was voor de mate van interactie. Zo waren er bijvoorbeeld sessies waarin de helft van de tijd voorzien was voor educatie vanuit de begeleider en de andere helft voor interactie tussen de deelnemers onderling. Andere sessies waren eerder theoretisch en volledig voorzien door de begeleider. Over het algemeen was er een voorkeur voor sessies met meer interactie en dit bleken dan ook vooral de sessies te zijn waarin anderhalf uur tot twee uur tijd was voorzien, in tegenstelling tot de één uur durende sessies.

Deelnemer 4: "Bij diëtiek is het veel informatie, minder ruimte voor discussie, maar we mogen uiteraard vragen stellen. Zij geeft ook altijd veel info mee. De tijd is ook vaak te kort om echt in discussie te gaan over het thema."

Sociaal contact

Sociaal contact als therapie op zich

Regelmatig kwam terug dat het contact met anderen op zichzelf al therapeutisch was. Het leren kennen van nieuwe mensen, gesprekken aangaan met mensen met wie je dit in andere omstandigheden misschien niet zou doen. Het samenzijn op zichzelf lijkt al steun te bieden.

Motivatie door sociale druk

Een ander aspect is sociale druk. Enkele deelnemers gaven aan dat dit belangrijk was voor hen, vooral om bepaalde veranderingen te kunnen volhouden. Het feit dat anderen over je schouder meekijken of je je toch enigszins spiegelt aan anderen, helpt sommigen hierin. Dit zou zowel tijdens de sessies kunnen als erbuiten, bv. via een chatgroep.

Herkenning

Herkenning in verhalen van anderen geeft een sterk 'samen'-gevoel. De wetenschap om ergens niet alleen in te zijn, geeft steun. Zeker over onderwerpen waar veel mensen in het dagelijkse leven niet met iedereen over spreken.

Deelnemer 1: "Je hebt zelf ervaringen, maar andere mensen met ongeveer dezelfde ervaringen hoor je vaak niet. Nu wel."

Zoals reeds gezegd, schreef elke deelnemer zich in één van de trajecten in met een bepaald, heel persoonlijk, doel en verwachtingspatroon. Ondanks de verschillen hierin, waren er toch ook veel gelijkenissen in deze doelen. Door voorafgaand aan een traject een duidelijk beeld te scheppen van de inhoud ervan, zijn er automatisch veel gelijkenissen tussen de mensen die zich inschrijven, wat uiteraard de herkenning ten goede komt.

Anderen hebben het slechter dan ik

Twee deelnemers gaven aan dat ze uit de sessies hadden geleerd dat ze het zo slecht nog niet hadden in vergelijking met anderen. Mensen hangen niet graag 'hun vuile was buiten', laten naar de buitenwereld vaak uitschijnen dat het beter gaat dan dat het in werkelijkheid soms is. Dit vertekend beeld is vaak niet realistisch, maar kan voor anderen wel het gevoel geven dat zij het niet goed doen en anderen wel. Ieder huisje heeft zijn kruisje: dat bleek duidelijk tijdens de sessies en was een eye-opener voor sommigen.

Deelnemer 1: "Het is erg dat je bepaalde dingen hebt, maar er zijn altijd mensen die het erger hebben."

Deelname aan het volledige traject

Regelmatig werd aangehaald, zowel door begeleiders als door deelnemers, dat het volgen van het gehele traject een must was.

Het volgen van alle sessies, ook diegene die op het eerste zicht minder interessant of toepasselijk lijken, kan net nieuwe inzichten geven en bepaalde dingen toch op een andere manier belichten. Dit kan heel verrijkend zijn.

Begeleider 4: "Ik merk zelf toch dat als je mensen zelf laat kiezen wat ze doen, ze vaak kiezen voor dingen die ze kennen uit veiligheid. Dus hiermee komen ze ook wel wat uit hun comfortzone. Ik denk dus ook dat dit een meerwaarde is, om iets toe te voegen dat ze misschien nog niet kennen."

Ook zit er, voornamelijk in het 'Lifestyle' traject, een **opbouw en samenhang** tussen de verschillende sessies. Er wordt in verschillende thema's gewerkt, waarin alle begeleiders verder bouwen op elkaar. Het missen van één of meerdere sessies zou er op die manier voor kunnen zorgen dat deelnemers niet meer mee zijn en mogelijk afhaken. Om dit te voorkomen stuurden de paramedici na elke sessie een mail naar elkaar en naar de deelnemers met een korte samenvatting van wat er gezegd werd. Zo was het missen van een sessie minder een probleem dan in vorige trajecten, wanneer dit systeem er nog niet was. Toen organiseerden de begeleiders soms aparte sessies met de deelnemers die er niet konden bijzijn, wat nog meer tijdrovend was.

Outcome

Tevredenheid

Telkens begonnen we het interview met een open vraag over hoe de sessies ervaren werden, zowel door deelnemers als begeleiders. Steeds was het antwoord positief. Los van het te bereiken doel voelden de sessies aan als een **aangename ervaring** voor de geïnterviewde deelnemers. Ook de begeleiders gaven aan veel **voldoening** te halen uit het geven van de sessies.

Verandering

Wie deelneemt aan een traject heeft een bepaald doel voor ogen, dit bespraken we reeds. Voor iedereen is dit doel uiteraard verschillend en heel persoonlijk. Toch merkten we dat dit, voornamelijk in het 'Lifestyle' traject, vaak op één of andere manier neerkwam op 'verandering', op welk gebied dan ook. Verschillende deelnemers die we interviewden gaven aan dat dit ook wel geslaagd was. Concreet was dit bv. een aantal kilo's afvallen, het overwinnen van bepaalde angsten, meer structuur in dag- en weekschema, ….

Deelnemer 2: "Door de 2 trajecten te volgen, is eigenlijk de wereld opengegaan. Ik heb nog net iets te weinig zelfvertrouwen en zenuwen om dingen zoals dit te doen, maar het wordt elke dag beter en dat is dankzij het traject, dat is heel positief voor mezelf."

Contact buiten of na het traject

Bij ‘Gezond op leeftijd’

De deelnemers van het traject ‘Gezond op Leeftijd’ gaven aan dat ze, buiten de sessies, nog maandelijks met de hele groep samenkomen uit eigen initiatief. Hieruit halen de deelnemers veel energie. Er is een enorme **samenhang** binnen de groep, ondanks hun zeer diverse persoonlijkheden en achtergronden.

In het ‘Lifestyle’ traject

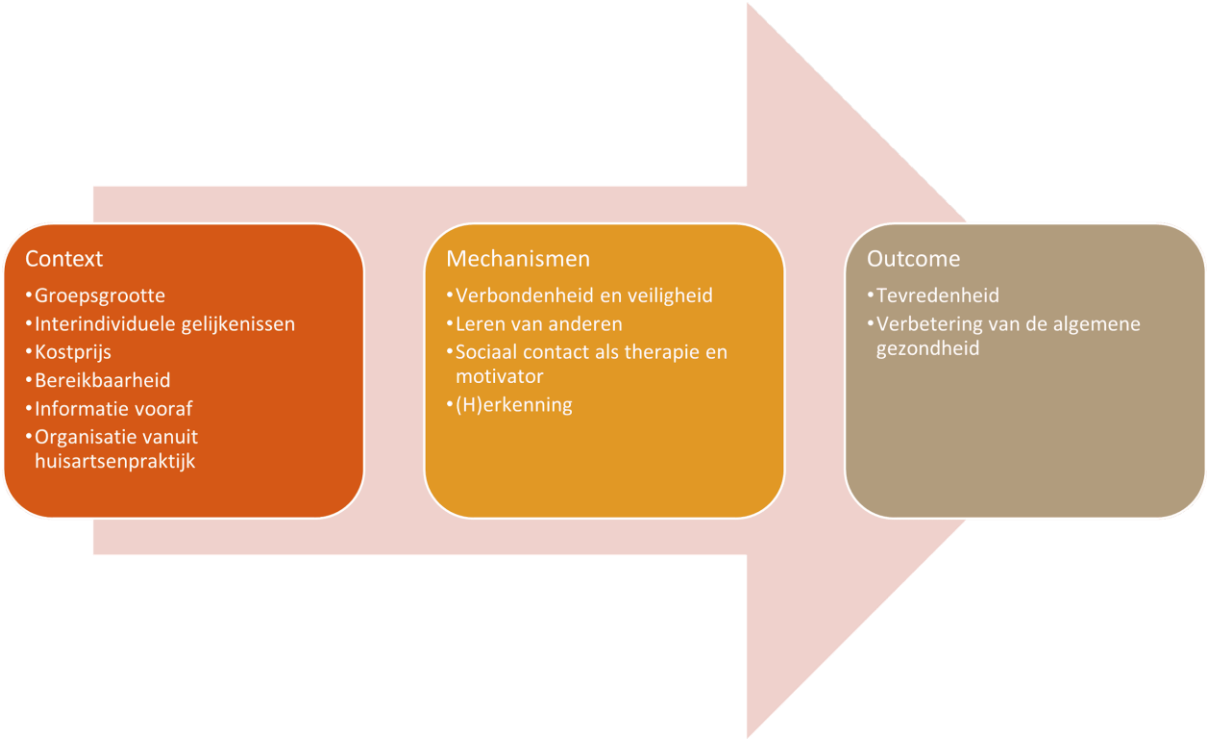
Bij het ‘Lifestyle’ traject ligt dit net anders. Er is weinig contact tussen de deelnemers buiten de sessies. Mogelijke oorzaken die we hiervoor kunnen aanduiden, zijn enerzijds het feit dat deze deelnemers gemiddeld jonger zijn en er naast hun job en gezinsleven minder tijd overblijft om buiten het traject af te spreken. Anderzijds nemen zij meer met een persoonlijk doel tot verandering deel aan de sessies, daar waar het sociaal contact bij de ouderen veel meer als hoofddoel naar voren komt. Ook is het traject intensiever, waardoor er mogelijk minder behoefte bestaat om tijdens het traject veel contact te hebben naast de sessies zelf.

Deelnemer 2: “Die groep, we waren uiteindelijk maar met 2, is helemaal uiteen gevallen. Wij woonden toen op 500 meter van elkaar in het dorp. Ik heb nog een paar keer gebeld en gemaild, maar het kwam altijd alleen van mijn kant, dus is het gestopt.”

Vervolgtraject

Toch geven alle deelnemers, niet enkel de ouderen, aan dat ze hopen op een vervolgtraject of terugkommoment, waardoor het op een of andere manier ‘levendig’ blijft.

Ook de begeleiders kregen reeds meermaals deze vraag van deelnemers. Ook zij staan wel open voor een eventueel vervolg, al wordt door hen aangegeven dat het basistraject echt goed moet zitten alvorens een vervolg mogelijk is. Een duidelijke visie en doelstellingen zijn hiervoor noodzakelijk.



Afb. 1 CMO hypothese

Valkuilen en drempels voor de organiserende praktijk

Visie

In alle interviews van de begeleiders werd één aspect heel erg benadrukt als belangrijkste potentiële valkuil bij de opzet van een groepstraject: geen duidelijke visie.

Bij de eerste trajecten botsten de begeleiders hier zelf op. Ze waren enthousiast gestart en vertrokken van bepaalde paramedici die elk een aantal sessies konden geven binnen hun eigen vakgebied. Achteraf bleek dit niet de manier: er was geen samenhang tussen de verschillende sessies, er was geen opbouw in het traject en de grenzen van de beoogde doelen waren heel flou. Wat wel en niet in de sessies verwacht werd, was niet duidelijk en werd door elke begeleider zelf ingevuld. Ze wilden te snel gaan in plaats van **stap voor stap**.

Begeleider 3: "Daar hebben we onszelf in het verleden ook aan laten vangen. We zijn steeds op stap 7 begonnen, terwijl we eigenlijk op stap 0 moeten starten. Dat was een heel belangrijke valkuil."

Begeleider 1: "De uitdaging zit hem vooral in het feit dat de paramedici met de neus in dezelfde richting staan. Dat is de afgelopen jaren heel moeilijk gebleken."

Nu, enkele trajecten later, gaat het er heel anders aan toe. Bij de start van een traject wordt uitgebreid nagedacht over **één duidelijke visie**: waar willen we naartoe met de groep? Wat willen we bereiken? Wat valt binnen en wat buiten de scope van het traject?

Begeleider 4: "Dit jaar hebben we het helemaal anders aangepakt. We hebben gekeken: wat is onze visie en onze missie? Hoe gaan we dat concreet maken en wie hebben we daarvoor nodig?"

Financiële haalbaarheid

Prestatiegericht vs. forfaitair

De financiële haalbaarheid is uiteraard ook nog een belangrijke eventuele drempel om een traject op poten te zetten als praktijk. Het forfaitair systeem, waarin wij als HAIO werken, leent zich hier heel erg toe. Trajecten spelen grotendeels in op preventie, het voorkomen van ziekte. Dit sluit natuurlijk naadloos aan bij het concept van een forfaitair systeem, waarbij je als praktijk instaat voor de gezondheid van patiënten in de meest holistische vorm.

Toch werd meermaals aangegeven dat het niet onmogelijk is dit alles te realiseren in een prestatiegerichte praktijk. Ook toen deze praktijk nog niet forfaitair werkte, bestonden er al trajecten. Echter kropen er toen vele uren onvergoed werk in. Wanneer je het doet uit een sterke intrinsieke motivatie en met een duidelijke visie en missie, is het mogelijk. Wie een traject wil organiseren om winst te maken, zal vermoedelijk bedrogen uitkomen.

Begeleider 3: "Ik denk wel dat het prestatiegericht ook zeker kan, maar dat je dan meer beroep moet doen op vrijwilligerswerk en ik weet niet of mensen daar de dag van vandaag nog zo voor staan te springen. Je moet goed begrijpen dat zo'n traject opstarten meer dan één vergadering vraagt en meer is dan enkel een visietekst neerschrijven."

Steun van derden

Om niet verlieslatend te werken én de kostprijs voor de deelnemers haalbaar te houden, kan het een oplossing zijn samen te werken met derden of ondersteuning in de vorm van **subsidies** aan te vragen. Dit vergt soms wat zoekwerk en inventiviteit.

Begeleider 3: "Dat financiële gaat denk ik altijd een drempel blijven en daar gaan we altijd oplossingen voor moeten zoeken. (...) Steeds kijken wat de mogelijkheden zijn en daarvoor ook een beetje out of the box denken, zien of je subsidies kan krijgen. Vind ik toch ergens iets van terugbetaling?"

Zo kreeg onze praktijk voor de ouderentrajecten subsidies van de Koning Boudewijnstichting, waardoor de kostprijs voor de deelnemers per sessie op €2 ligt, wat het traject zeer laagdrempelig maakt.

Voor het 'Lifestyle' traject is er een **samenwerking met de gemeente**, waarbij er voor mensen uit de gemeente een volledige terugbetaling is voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming en een korting voor de anderen.

Aanwerving van paramedici

Motivators voor paramedici

Alle paramedici die de sessies begeleiden doen dit als aanvulling op hun eigenlijke job. Het is een **afwisseling** die voor sommigen wel gewenst is in hun dagdagelijkse bezigheden. Ook hoorden we dat de voldoening die je haalt uit het geven van de sessies een sterke motivator kan zijn.

Begeleider 1: "Degenen die erin stappen doen dit best ook deels vanuit engagement, voor de energie die je ervan terugkrijgt. Wanneer ik 's avonds naar huis rijd, heb ik het gevoel echt een verschil te hebben gemaakt. Je krijgt daarvan energie."

Begeleiders gaven in de interviews aan dat ze ervan overtuigd zijn dat het bundelen van een verscheidenheid aan expertises de trajecten net zo uniek maakt. De kracht van het traject bestaat uit het **combineren van verschillende invalshoeken**.

Drempels voor paramedici

Voorbereiding en financiële haalbaarheid

Er zijn echter ook een aantal drempels om als paramedicus een traject mee te begeleiden. Zo wordt er heel wat **inzet** verwacht van de begeleiders. Het is niet even de sessie komen geven zonder meer. Zoals vermeld, gaat er een heel proces van voorbereiding vooraf aan het eigenlijke traject. Zowel het opstellen van een algemene visietekst en duidelijke doelstellingen per traject, maar ook de concrete voorbereiding per sessie.

Hieraan gekoppeld is ook het feit dat niet al het voorbereidend werk volledig vergoed wordt. Enkel de effectieve vergadertijd en de sessies zelf worden vergoed. Een intrinsieke motivatie en geloof in het traject is dus nodig om dit te blijven volhouden.

Begeleider 1: "Wanneer ik een avond individueel werk, verdien ik meer dan met de groepssessies. Het vergt nogal wat voorbereidingen, overleg, coördinatie, mailen naar de deelnemers,... Het is niet erg, maar het komt er wel bij."

Begeleider 4: "Wij betaalden als huisarts de uren die de paramedici vergaderden. Niet letterlijk alles, enkel de uren dat er echt constructief gewerkt werd aan de uitwerking van het traject. Dat gebeurt nu op dit moment ook nog. En deze uren worden niet doorgerekend aan de deelnemers."

Afwijken van de eigen visie

Nog een belangrijke drempel of valkuil voor één van de paramedici bleek dat ze soms zo moest afwijken van de eigen persoonlijke visie dat het niet meer helemaal overeenstemde met waar zij voor wilde staan. Er wordt in het begin van het traject een duidelijk kader geschetst waarin de paramedici hun eigen vakgebied integreren. Dit is ook nodig om samenhang te creëren binnen trajecten waarin dit gewenst is, zoals bv. het 'Lifestyle' traject. Wanneer er echter vooraf niet voldoende **overeenstemming** is tussen de verschillende persoonlijke visies kan dit voor moeilijkheden zorgen.

Begeleider 1: "Iedereen heeft zijn discipline en gelooft hier heel erg in, dat is normaal en dat is heel waardevol."

Begeleider 2: "In een opbouwend traject moet ik er, denk ik, over waken om niet te ver te moeten afwijken van waar ik voor wil staan. Je moet trouw blijven aan jezelf, het moet kloppen voor mij. Naar volgende trajecten toe sta ik op mijn strepen: het kader moet kloppen of ik doe niet mee."

Onvoldoende ruimte

Afhankelijk van welk soort traject je als praktijk organiseert en welke disciplines je hiervan onderdeel wil laten uitmaken, kan plaatsgebrek ook een drempel zijn.

Begeleider 4: "Wij hebben hier ook de mogelijkheid om een aantal trajecten volledig in huis te doen, met de fitnessruimte, de yogazaal, de vergaderzaal. Je moet ook ruimte hebben om met alle mensen te vergaderen en een traject in elkaar te steken. Als je dat allemaal niet hebt, zijn dit ook drempels die je gaan tegenhouden."

Een oplossing hiervoor kan uiteraard zijn het traject of bepaalde onderdelen ervan in een **naburige locatie** te organiseren. Zoals gezegd heeft de organisatie in de praktijk zelf het voordeel een vertrouwde setting te zijn voor de eigen patiënten, maar anderzijds kan het ook een nadeel vormen bij verwijzing door naburige artsen.

Onvoldoende patiënten

Een andere factor die de organisatie kan bemoeilijken is een te klein aantal patiënten binnen de praktijk. Binnen een patiëntenpopulatie is uiteraard per traject maar een klein deel potentieel kandidaat. Hierboven beschreven we reeds de verschillende drempels die er kunnen zijn voor deelnemers alvorens zich in te schrijven. De combinatie van deze factoren zorgt ervoor dat er voor de meeste trajecten toch een aanzienlijke populatie moet zijn binnen een praktijk om voldoende deelnemers te kunnen bijeen krijgen om de sessies enerzijds effectief en interactief, en anderzijds niet verlieslatend te laten zijn.

Bij het aanvaarden van patiënten uit andere praktijken is dit uiteraard minder een vereiste, maar gezien de wetenschap dat andere, naburige artsen niet snel geneigd zijn hun patiënten te verwijzen naar een andere praktijk, zou dit ook dan nog een valkuil kunnen zijn.

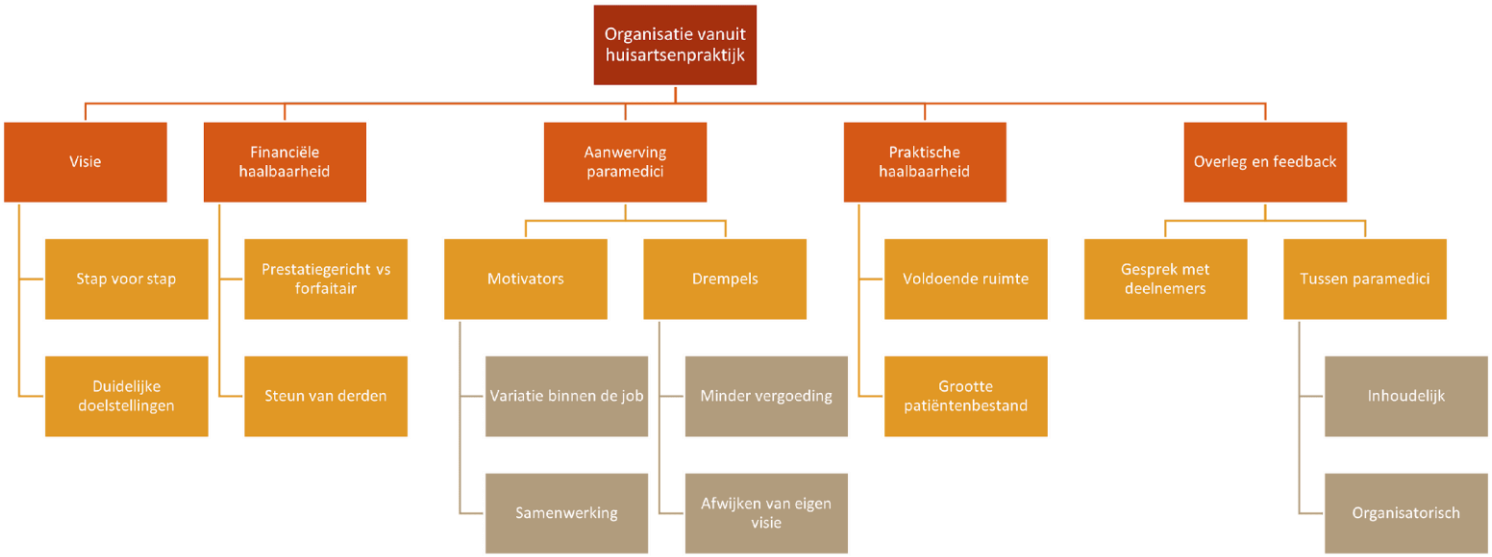
Begeleider 4: "Als je een kleine populatie hebt, hoe nuttig is het dan om een traject op te zetten? Dan kan je beter met andere artsen gaan samenwerken of ze doorsturen naar projecten die al bestaan, denk ik."

Onvoldoende tijd voor overleg en feedback

Zoals reeds gezegd is er veel tijd en motivatie vereist van alle begeleiders. Enerzijds om het traject te organiseren en op te starten, maar ook daarna nog om tussentijds te overleggen en feedback van elkaar en van de deelnemers te verwerken. Dit is cruciaal om te **blijven groeien** en niet vast te roesten in gewoontes eens een traject lopende is.

Er werd aangehaald dat een objectief meetinstrument wel nuttig kan zijn om tussentijds en aan het einde van een traject het nut ervan te objectiveren. Anderzijds is er natuurlijk de subjectieve ervaring van de deelnemers die ook enorm waardevol is. De twee zouden een aanvulling kunnen zijn op elkaar.

Begeleider 4: "Vroeger hadden we ook een pijnschaal over angst om te bewegen, maar die was eigenlijk gemaakt voor ruglijders, en daar merkten we ook snel aan dat die eigenlijk niet relevant was. Dus ook wel belangrijk dat de schaal die je gebruikt toepasbaar is op je traject. We laten het individueel invullen en ze mogen het anoniem binnenbrengen. Ook een algemene vragenlijst, hoe vond je de sessies? Is het wat je ervan verwacht had? Is er nog iets wat er ontbreekt of dat je minder goed vindt?"



Afb. 2 Valkuilen en drempels bij organisatie

Discussie

Bevindingen

In deze studie proberen we een beeld te schetsen van hoe peer-to-peer interactie in de eerste lijn kan worden toegepast, uitgaande van trajecten die al doorgaan in onze opleidingspraktijk. Aan de hand van interviews met zowel deelnemers als begeleiders en organisatoren van de trajecten zijn we op zoek gegaan naar belangrijke voorwaarden en valkuilen om dit te verwezenlijken .

Ervaringen van de deelnemers

Wat uit alle interviews bij de deelnemers naar voren kwam, is dat vertrouwen en veiligheid de basis zijn om open te kunnen spreken en van elkaar te kunnen leren. Om dit te creëren waren verschillende zaken van belang. De groep mag enerzijds niet te groot zijn, zodat iedereen voldoende aan het woord komt, maar ook niet te klein om geen druk te ervaren om te moeten spreken. Dit vinden we ook terug in de literatuur, waar de ideale groepsgrootte geschat wordt op 5-10 personen. Dit aantal zorgt voor een goede balans in interactie, zoals hierboven reeds aangehaald, en het geeft de mogelijkheid voldoende diversiteit binnen de groep te creëren. (17) Daarnaast is het ook belangrijk dat er naast die diversiteit voldoende overlap is in de doelstelling die deelnemers hebben hetgeen automatisch een soort samenhorigheid creëert. Verder speelde voor de deelnemers de begeleider van de sessies ook een grote rol hierin.

Daarnaast gaven ze ook aan dat de geloofwaardigheid van het traject versterkt wordt doordat het georganiseerd wordt door en in een huisartsenpraktijk. Dit komt enerzijds door de vertrouwensrelatie met de arts en het geloof dat wat door hen aangeraden wordt een meerwaarde is. Anderzijds ook doordat het beroep an sich een bepaald vertrouwen geniet en doet veronderstellen dat het traject wetenschappelijk onderbouwd zal zijn.

Ervaringen van de begeleiders en organisatoren

Ook voor de begeleiders komt naar voren dat veiligheid binnen de groep het allerbelangrijkst is om de sessies te doen slagen. Dit wordt door een van hen benoemd als ‘rapport’, zowel bij de deelnemers onderling als met de begeleiders. Rapport betekent dat mensen een goed contact hebben, wederzijds vertrouwen, een ontvankelijke en meegaande verbinding, een inlevende relatie. (18) Het zorgt voor een veilige en vertrouwde omgeving waar het delen en uitwisselen van ervaringen, maar ook van emoties kan plaatsvinden. Voornamelijk voor het delen van persoonlijke informatie is rapport noodzakelijk. (7)

Wat voor de organisatoren en begeleiders het belangrijkst is voor de opbouw van de trajecten, is dat er gewerkt wordt vanuit een visie en missie. De grootste valkuil voor hen is dat er vooraf geen duidelijk plan en doel wordt gecreëerd, een basis om op terug te vallen. Deze visietekst helpt om de verschillende disciplines die in de trajecten aan bod komen tot een geheel te vormen en de paramedici met de neus in dezelfde richting te krijgen.

Wat daarnaast ook een belangrijke factor is, is de financiering. Het vraagt veel tijd en overleg om een traject uit te werken. Dit kan niet volledig door de deelnemers vergoed worden, waardoor er enerzijds een groot engagement verwacht wordt van de organisatie en anderzijds ook creatief gezocht moet worden naar een vorm van subsidiëring.

Uit onze bevraging blijkt een forfaitaire werking zich hier ook meer toe te lenen dan het prestatiegericht systeem, nochtans is het niet onmogelijk mits voldoende motivatie.

Wat de praktijk ook merkt, is dat er weinig verwezen wordt vanuit andere huisartsen in de regio. Dit kan ook een drempel zijn bij de opstart van dergelijke trajecten. De organisatoren suggereren hier als mogelijke oplossing om samen te werken met andere praktijken of eerstelijns instanties, dit om de financiële haalbaarheid te verhogen en een voldoende grote populatie te kunnen aanspreken.

Drempels om deel te nemen

Eén van de drempels die door de deelnemers werd aangegeven, was dat ze niet goed wisten wat hen te wachten stond. Uit kwalitatief onderzoek naar peer support bij patiënten met chronisch nierfalen blijkt dat een tekort aan kennis van peer support trajecten een belangrijke drempel is om deel te nemen. Duidelijke informatie over wat peer support inhoudt en wat de voordelen ervan zijn, werkt drempelverlagend. (7)

Uit dezelfde studie blijkt ook dat de emotionele gereedheid een rol speelt. De drempel om deel te nemen aan peer support interventies is veel hoger wanneer men de eigen situatie en de nood aan hulp van derden niet erkent. We weten dat gezondheidsprofessionals een grote invloed hebben op het al dan niet deelnemen aan georganiseerde trajecten, positief of negatief. (19) Het motiveren van potentiële deelnemers werkt drempelverlagend, ook voor degenen die menen er (nog) geen nood aan te hebben. Ook dit kwam terug in onze resultaten, waar vooral de begeleiders aangeven dat de deelnemers elkaar kunnen inspireren hierin.

Tekortkomingen van het onderzoek

Verschillende deelnemers waren patiënten in de praktijk waar de sessies doorgaan en waar wijzelf ook werkzaam zijn als HAIO. Hierdoor vreesden we dat we tijdens de diepte interviews vooral sociaal wenselijke antwoorden zouden krijgen. We hebben dit risico proberen te verkleinen door bij de algemene info vooraf het opzet van onze studie duidelijk te maken en door net voor het interview ook aan te halen dat we graag eerlijke antwoorden wilden, om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de ervaringen die ze hadden. Dit maakte dat de interviews goed verliepen en we zelf ook het gevoel kregen dat de deelnemers geen schroom ervaarden om negatieve punten of valkuilen aan te geven.

Verder is deze studie gebaseerd op slechts enkele trajecten met een klein aantal interviews. Hierdoor is het voorlopig niet mogelijk om deze resultaten te extrapoleren.

Vervolgonderzoek

Er is zeker nog ruimte voor verder onderzoek binnen dit domein. Studies op grotere schaal zijn nodig om significant het nut van deze vorm van interventies aan te tonen. Deze kunnen dan ook een groter gewicht geven aan gelijkaardige interventies binnen een behandelplan, wat de mogelijkheden tot subsidiëring en tussenkomst van derden hopelijk uitbreidt. Ook onderzoek naar trajecten rond andere thema's en problematieken dan de reeds bestaande studies, kunnen verrijkend zijn.

Algemeen besluit

Zowel de deelnemers als de organisatoren zijn enthousiast over de sessies en vinden het een verrijking van de eerstelijnszorg. Met het oog op het steeds groter wordende huisartsentekort in België denken we dat dit een goede aanvulling kan zijn op de zorg die reeds bestaat. Uit de literatuur weten we dat sociale steun een positief effect kan hebben op zelfvertrouwen en zelfregulatie (20). Ook kunnen peer-to-peer groepsinterventies leiden tot verhoogde 'patient empowerment'. (21) Herkenning in en ondersteuning door gelijkgestemden vormen een waardevolle aanvulling op de reeds bestaande steun door familie en vrienden enerzijds en professionele zorgverleners anderzijds. (22)

Eén van de grootste valkuilen bij de opstart van een traject is nog steeds de financiering ervan. Door meer empirisch onderzoek naar de impact van peer-to-peer support in de eerste lijn kan hier mogelijk verandering in komen door bv. subsidiëring vanuit de overheid. Op deze manier zouden dergelijke trajecten ook haalbaar kunnen zijn vanuit kleinere en niet-forfaitaire praktijken.

Onze ervaring

Reflectie Kato

Toen we 2 jaar geleden een onderwerp moesten kiezen voor onze thesis, kozen Nore en ik ervoor om te werken rond peer-to-peerinteractie. Het leek ons interessant om te kunnen onderzoeken hoe dit in een huisartsenpraktijk geïntegreerd kan worden. Uit de literatuur konden we al terugvinden dat het een enorme steun kan bieden om met lotgenoten te interageren en dat dit bij de aanpak van chronische ziekten, zoals diabetes, ook kan leiden tot gedragsveranderingen en betere therapietrouw. Het laatste jaar als HAIO zouden we in dezelfde praktijk werken, waar reeds een aantal trajecten hierrond liepen, dus dit sloot ook goed aan bij hun visie. Het eerste gesprek hierover met onze promotor Peter Decat en nadien ook met de praktijk maakte ons enkel enthousiaster over het gekozen thema.

Het feit dat er in de praktijk reeds enkele jaren geleden werd gestart met deze trajecten maakte het voor ons een uitgelezen kans om een aantal trajecten en de evolutie hiervan te evalueren. Door het enthousiasme voor de interviews van zowel de deelnemers als de begeleiders en organisatoren, konden we veel waardevolle informatie bekomen. Het was heel fijn om te zien hoe iedereen gemotiveerd was en hoe open de deelnemers wilden vertellen over wat hun motivatie was om aan de trajecten deel te nemen en wat het met hun deed. Dat er door verschillende van hen ook voorbeelden gegeven werden over hoe aangeleerde dingen thuis in de praktijk werden omgezet, toonde voor mij ook aan dat ze het heel waardevol vonden. Over de positieve punten van de trajecten waren de meesten het eens met elkaar. In de valkuilen daarentegen zagen we meer onderscheid. Hier zagen we zelfs dat een bepaalde valkuil voor de ene, eerder als een voordeel werd gezien door de andere. De interviews deden we vooral samen en werden nadien verdeeld om uitgetypt te worden. Twee interviews werden door mij alleen afgenomen. Nore heeft ze dan nadien verwerkt om toch meteen mee te zijn met de inhoud ervan. De codering in Nvivo heeft Nore vooral op zich genomen, omdat het ons niet lukte vanop verschillende computers aan hetzelfde bestand te werken.

Tijdens het schrijven van onze thesis werden de voordelen die we in de literatuur vonden door de deelnemers en organisatoren enkel bevestigd. In de praktijk werden we ook gevraagd om zelf een sessie rond dementie voor te bereiden voor het traject ‘gezond op leeftijd’. Het opzetten van deze sessie deden we samen, de begeleiding deed ik alleen, gezien Nore afwezig was door ziekte. Het was zeker een meerwaarde dat we op deze manier betrokken werden bij het traject omdat we zo zelf ook een beter inzicht gekregen hebben in de tijd die het vraagt om een sessie voor te bereiden, daarnaast kon ik tijdens de sessie ook vanop de eerste rij meemaken hoeveel energie je terugkrijgt van de deelnemers. Ze hadden vooraf al aangegeven dat ze dementie een interessant en belangrijk topic vonden en dit kon je ook merken aan hun enthousiasme. Enerzijds om bij te leren, maar ook om met elkaar te delen hoe ze zelf omgaan met dergelijke situaties. Ik kon zo zelf waarnemen hoe belangrijk het voor hen is om hun gevoelens en onzekerheden bij hun ‘peers’ te kunnen aftoetsen en (h)erkenning te vinden hierin.

Het was zeer fijn om met Nore te kunnen samenwerken aan deze thesis. Doordat we het voorbije jaar ook in dezelfde praktijk aan de slag waren, maakte dit het overleg heel makkelijk. Gedurende het hele traject werden we verder ook heel goed begeleid door Peter en onze co-promotor An Beselaere. We konden steeds bij hen terecht met onze vragen en kregen regelmatig feedback. Hun enthousiasme over het onderwerp werkte aanstekelijk om het tot een goed einde te brengen.

Ik denk dat er zeker nog verder onderzoek zal moeten gebeuren om alle troeven, maar ook valkuilen, van peer-to-peertrajecten in kaart te brengen. Wel ben ik ervan overtuigd dat dit een enorme meerwaarde kan zijn binnen de eerstelijnszorg. Met het steeds toenemende huisartsentekort, maar ook de tekorten of moeilijke toegankelijkheid bij andere zorgverleners zoals eerstelijnspsychologen, komt de zorg enorm onder druk te staan. Dit is iets waar veel afstuderende artsen denk ik mee bezig zijn. Naar mijn gevoel kan peer-to-peerinteractie zeker een onderdeel zijn van de verschillende oplossingen die we hiervoor moeten zoeken. Groepstrajecten kunnen mogelijk dit tekort voor een deel opvangen, maar ze kunnen ook een belangrijke toegevoegde waarde geven aan de opvolging van patiënten en de beleving van hun gezondheid. Ik hoop dan ook dat er nog vele

studies kunnen volgen over dit onderwerp zodat dit in de toekomst kan leiden tot subsidiëring en gelijkaardige trajecten op grotere schaal kunnen worden georganiseerd. Ondanks de financiële drempels, heeft de praktijk waar we momenteel stagelopen dit alles toch op poten kunnen zetten, zowel binnen het prestatiegericht systeem als het forfaitaire. Ik hoop dan ook dat we met deze thesis andere artsen en zorgverleners in de eerste lijn hebben kunnen inspireren en motiveren om hier in de toekomst zelf mee aan de slag te gaan.

Reflectie Nore

Intussen twee jaar geleden kozen Kato en ik voor deze masterproef, gaande over peer support trajecten binnen de huisartsenpraktijk. De thematiek boeide ons enorm en wetende dat Kato en ik in ons laatste jaar samen in een praktijk zouden staan waar reeds zo'n trajecten georganiseerd werden, leek ons dit de uitgelezen kans om hierover verder onderzoek te doen: wat werkt wel, wat niet? Hoe zet je dit op poten in een praktijk zonder ervaring binnen dit gebied? Wat zijn hierin de valkuilen?

Peer-to-peer support interventies dragen bij aan 'gezondheid' in de ruimste zin van het woord. We weten dat gezondheid niet langer -het was het eigenlijk nooit- de afwezigheid van ziekte betekent. Gezondheid wordt meer en meer bekeken vanuit een holistische visie. Een voorbeeld hiervan is het model van positieve gezondheid, in 2011 beschreven door Machteld Huber, die zelf ook huisarts is. Het begrip gezondheid wordt hierin opgesplitst in verschillende luiken: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. De praktijk waar Kato en ik onze HAIO-periode afronden, staat heel erg achter dit model en integreert het in het dagelijkse praktijk voeren. De peer-to-peer trajecten zijn hiervan een onderdeel: meer dan enkel het 'medische' luik van gezondheid wordt onder de loep genomen.

Voor mezelf als HAIO is het een enorme verrijking te mogen werken in deze nu nog unieke setting. Het creëert een basis voor wat ons staat te wachten. Ik geloof namelijk dat huisartsgeneeskunde, en zorg in het algemeen, in de volgende decennia nog enorm zal evolueren. Van probleemoplossend redeneren, lees: soms dweilen met de kraan open, gaan we meer naar een holistische, preventieve zorg waarin de patiënt centraal staat. Staande aan het allerbegin van mijn carrière weet ik dat deze verschuiving mede door ons, jonge artsen, zal moeten worden ondersteund. Ik wil mijn steentje hiertoe bijdragen en hoop met onderzoek zoals dit, in een nog heel lange weg, al een eerste stap te kunnen zetten.

Peer support lijkt me, met de kennis van onze eigen studie in het achterhoofd, zeker toekomst te hebben binnen de gezondheidszorg. Mensen nemen van elkaar, 'lotgenoten', soms meer aan dan van zorgmedewerkers. De erkenning en herkenning in elkaars verhalen en de enorme samenhorigheid brengen duidelijk wat teweeg bij de deelnemers.

Dit merkten we meermaals op tijdens de interviews. De deelnemers putten zoveel energie uit zowel het luisteren naar verhalen van anderen, als het zelf vertellen, vaak over onderwerpen die in het dagelijkse leven minder vaak, soms te weinig, aan bod komen. Voor ons was het leuk om hen hierover zo enthousiast te horen vertellen. Aan de andere kant was er het enthousiasme van de begeleiders die we interviewden. De tijd en moeite die zij maar al te graag steken in het creëren van een samenhangend traject rond een duidelijk geformuleerde visie is mooi om te zien. Hun gedrevenheid werkt aanstekelijk en dit duidelijk niet alleen naar ons toe, maar ook naar de deelnemers van de trajecten.

Als onderzoeksgroep voor onze studie gebruikten we de reeds bestaande deelnemersgroepen van de trajecten die reeds aan de gang waren in onze praktijk. Het feit dat we deze trajecten niet volledig zelf moesten opzetten, gaf ons het enorme voordeel dat we meer dan één traject konden evalueren. Ook was het handig dat er in het verleden reeds andere trajecten hadden plaatsgevonden, waarover de begeleiders hun mening konden geven. Dit gaf een duidelijker beeld van de potentiële valkuilen en mogelijke oplossingen hiervoor.

Bij twee van de interviews kon ik er omwille van ziekte niet bijzijn. Om ervoor te zorgen dat ik geen informatie miste, typte ik deze interviews uit. Tijdens de interviews merkten we reeds regelmatig terugkerende zaken op, waardoor we al snel linken konden leggen tussen de verschillende interviews. Soms stelde één van de

geïnterviewden een bepaald iets in vraag, waarop enkele interviews later door iemand anders een (mogelijk) antwoord op werd geformuleerd. Dat maakte het interviewen ook zo boeiend. Tijdens het coderen via Nvivo zagen we deze punten dan ook terugkeren, waardoor het uitschrijven van de resultaten vrij vlot verliep. Doordat Kato en ik in dezelfde praktijk aan het werk zijn, konden we regelmatig kort overleggen of even samenzitten wanneer we vastzaten of extra input nodig hadden. De thematiek van ons onderzoek is ook vrij laagdrempelig en toegankelijk, wat het schrijven ervan ook vergemakkelijkt.

Onze promotor, Peter Decat, en co-promotor, An Beselaere, hebben ons zeer goed ondersteund in dit traject. Ze waren beiden erg betrokken en enthousiast over ons onderzoek. Nooit moesten we achter hen aanzitten voor informatie of feedback, wat maakte dat de samenwerking zeer aangenaam verliep.

Ik hoop dat er in dit kader nog verder onderzoek op grote schaal verricht kan worden de komende jaren, waardoor groepstherapie een plaats krijgt bij bepaalde indicaties. Ook wat betreft subsidiëring van zulke trajecten zal dit nodig zijn. Het zou jammer zijn dat mensen die gemotiveerd zijn een traject op poten te zetten, worden tegengehouden door het financiële aspect.

Referenties

1. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://www.who.int/about/governance/constitution
2. Huber M, André Knottnerus J, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011 Jul 26 [cited 2023 Apr 4];343(7817). Available from: https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163
3. Huber M, van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid' | NTvG. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2016;160(A7720). Available from: https://www.ntvg.nl/artikelen/heroverweeg-uw-opvatting-van-het-begrip-gezondheid
4. Heisler M. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION. 2006 [cited 2023 Apr 4]; Available from: www.chcf.org/programs/
5. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. Int J Nurs Stud. 2003 Mar 1;40(3):321–32.
6. House JS. EDITORIAL COMMENT: Social isolation kills, but how and why? Psychosom Med. 2001;63:273–4.
7. Taylor F, Gutteridge R, Willis C. Peer support for CKD patients and carers: overcoming barriers and facilitating access. Health Expect [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2023 Apr 4];19(3):617. Available from: /pmc/articles/PMC4989470/
8. Krause N, Herzog AR, Baker E. Providing Support to Others and Well-Being in Later Life. J Gerontol [Internet]. 1992 Sep 1 [cited 2023 Apr 4];47(5):P300–11. Available from: https://academic.oup.com/geronj/article/47/5/P300/588412
9. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. Soc Sci Med. 2003 Jan 1;56(2):259–69.
10. Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL, Van Hulst Y, Carbone M, Friedland GH, et al. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: Results of a peer-driven intervention feasibility study. Soc Sci Med [Internet]. 2002 [cited 2023 Apr 4];55(2):235–46. Available from: https://einstein.pure.elsevier.com/en/publications/increasing-drug-users-adherence-to-hiv-treatment-results-of-a-pee-2
11. Heisler M. Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes. Diabetes Spectr [Internet]. 2007 Oct 1 [cited 2023 Apr 4];20(4):214–21. Available from: https://diabetesjournals.org/spectrum/article/20/4/214/70086/Overview-of-Peer-Support-Models-to-Improve

12. Pillemer K, Suitor JJ. “It takes one to help one”: effects of similar others on the well-being of caregivers. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. 1996 [cited 2023 Apr 4];51(5). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8809010/

13. Gottlieb B. Theory into Practice: Issues That Surface in Planning Interventions Which Mobilize Support. Soc Support Theory, Res Appl [Internet]. 1985 [cited 2023 Apr 4];417–37. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-5115-0_22

14. Sabir M, Pillemer K, Suitor J, Patterson M. Predictors of successful relationships in a peer support program for Alzheimer’s caregivers. Am J Alzheimers Dis Other Demen [Internet]. 2003 [cited 2023 Apr 4];18(2):115–22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12708227/

15. De Nys C, Peter D. “ Zijn peer sessies met hoog risicopatiënten waardevol als onderdeel van de cardiovasculaire preventie in een huisartspraktijk ?” Universiteit Gent; 2019.

16. Realist evaluation | BetterEvaluation [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/approaches/realist-evaluation

17. How to Get the Most out of Peer Support Groups [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://hbr.org/2022/05/how-to-get-the-most-out-of-peer-support-groups

18. Vleugels Hilde V den BB. Veranderende denkbeelden in de psychotherapie. 2008.

19. Bui LL, Last L, Bradley H, Law CHL, Maier BA, Smith AJ. Interest and Participation in Support Group Programs Among Patients With Colorectal Cancer. Cancer Nurs. 2002;25(2):150–7.

20. Kern M.L. FHS. edited by WTA. The Oxford Handbook of the Five Factor Model of Personality. 2015.

21. Burke E, Pyle M, Machin K, Varese F, Morrison AP. The Effects of Peer Support on Empowerment, Self-Efficacy and Internalised Stigma: A Narrative Synthesis and Meta-Analysis. Stigma Heal [Internet]. 2018 Dec 31 [cited 2023 Apr 4];4(3):337–56. Available from: https://research.manchester.ac.uk/en/publications/the-effects-of-peer-support-on-empowerment-self-efficacy-and-inte

22. Skirbekk H, Korsvold L, Finset A. To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. Patient Educ Couns. 2018 Apr 1;101(4):711–6.

Bijlagen

Aanvraag Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

[Een titel in het Nederlands is vereist. De Engelse titel mag bijkomstig toegevoegd worden.]

PEER TO PEER INTERACTIE ALS THERAPEUTISCHE TOOL BINNEN DE HUISARTSENPRAKTIJK: DO'S-AND-DON'TS.

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor

- Naam: Decat Peter
- Functie: zelfstandig academisch personeel doctorassistent
- Universiteit: UGent
- Faculteit/Vakgroep: Volksgezondheid en eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: 0477/47.81.46
- E-mail: peter.decat@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Willems Sara

Co-Promotor

- Naam: Beselaere Anna
- Functie: praktijkassistent
- Universiteit (enkel in te vullen indien verbonden aan universiteit): UGent
- Faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: Volksgezondheid en eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: /
- E-mail: an.beselaere@gmail.com
- Naam vakgroepvoorzitter (enkel in te vullen indien verbonden aan universiteit): Willems Sara

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: Primus Nore
- Universiteit van inschrijving: KU Leuven
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0478/73.76.52
- E-mail: nore.primus@telenet.be

- Naam: Heyns Kato
- Universiteit van inschrijving: KU Leuven
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding; Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0474/13.51.08
- E-mail: katoheyns@outlook.com

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- Naam praktijkopleider: Weerts An
- Adres: Borgtstraat 1, 2430 Laakdal
- Telefoonnummer: 013 66 66 55
- E-mail: dr.anweerts@gmail.com

5. Soort onderzoek

☒ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)

☐ Interventioneel onderzoek
Specifieer interventie:

☒ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)

☒ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)

☐ Retrospectief onderzoek

☐ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.

☐ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

Achtergrond

Binnen het kader van algemene gezondheid vanuit een holistisch standpunt is er binnen de (huisarts)geneeskunde een stijgende interesse naar peer-to-peer interactie als therapeutische tool. Toch wordt het principe nog maar in weinig praktijken toegepast, mogelijk door het ontbreken van min of meer objectieve gegevens over outcome, maar zeker ook door de moeilijkheid van de opstart ervan.

In deze masterproef willen we een duidelijker beeld krijgen over hoe dit concreet zou kunnen worden opgestart: waar let ik op bij de selectie van mogelijke kandidaten, welke contextuele factoren dragen bij tot het al dan niet slagen van het opzet, welke methode pas ik toe, wat zijn de valkuilen?

Samenstelling van de onderzoeksgroep

We gaan uit van bestaande groepen binnen de praktijk waar we stage lopen. Deze zijn zeer divers, van bv. lifestyle traject tot bewegingstraject bij mensen met chronische pijn, tot een rookstoptraject. Doordat de groepen elkaar al kennen en ze gestart zijn aan de sessies is er al een soort basisvertrouwen aanwezig, nog voor we zelf gaan meevolgen.

Alle deelnemers krijgen voldoende informatie alvorens schriftelijk een informed consent wordt getekend. De deelnemers hebben op elk moment het recht om hun deelname aan de studie stop te zetten.

Studie opzet en datacollectie

De masterproef is voornamelijk een kwalitatief onderzoek. Situaties worden beschreven en geïnterpreteerd, dit vooral op basis van kwalitatieve gegevens zoals de beleving en ervaring van de onderzoeksgroep.

Data zullen gecollecteerd worden door middel van interviews (kwalitatief) en vragenlijsten (kwantitatief). Deze hebben als doel een beter inzicht te krijgen in de ervaring van de deelnemers. Ze peilen naar hoe zij de sessies beleefden en of er subjectieve vooruitgang geboekt werd doorheen de tijd. Deze vooruitgang hoeft niet enkel over het onderwerp van de groep waaraan deelgenomen wordt te gaan, maar ook de beleving van de eigen algemene gezondheid en hoe men zich voelt binnen de samenleving. Verder worden contextuele factoren, die de outcome mee bepalen, bevraagd. Welke factoren creëren een veilige omgeving en welke maken het net moeilijk om open te praten binnen een groep? Wat betreft de outcome wordt gepeild naar het effect van de sessies op de algemene, positieve gezondheid volgens het model van Machteld Huber.

Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

vrijdag 1 april 2022 – zaterdag 30 september 2023

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

12. Wie is de opdrachtgever?

Faculteit geneeskunde (vul universiteit aan) UGent (= faculteit promotor)

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen
Welke centra nemen hieraan nog deel? (Naam, adres, tel., fax en e-mail van andere Commissies voor Medische Ethiek die meewerken aan het onderzoek + naam van de lokale onderzoeker):

15. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

X Ja
☐ Nee

16. Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☒ ja

Indien u voor deze studie een nieuw informatie- en toestemmingsformulier opmaakt moet de template van HIRUZ (versie: v20200324) gebruikt worden. Deze documenten vindt u terug via http://hiruz.be/templates/

☐ neen (argumenteren waarom niet)

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

Huisarts-in-opleiding

datum

16/11/2021

naam

Primus Nore
Heyns Kato

handtekening



Praktijkopleider

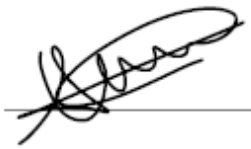
datum

22/11/2021

naam

Weerts An

handtekening



Promotor

datum

22/11/2021

naam + affiliatie

Peter Deat
vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg
Universiteit Gent

handtekening



Vakgroepvoorziter Huisartsengeneeskunde

(Enkel van toepassing voor onderzoek met als opdrachtgever Universiteit Gent)

datum

24/11/2021

naam

Prof.dr. Sara Willems

handtekening

Prof.dr. Sara Willems



VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11379	NVT	13/01/2022	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"PEER TO PEER INTERACTIE ALS THERAPEUTISCHE TOOL BINNEN DE HUISARTSENPRAKTIJK: DO'S-AND-DON'TS. Scriptie Primus Nore"

B.U.N.: B6702021001208

* Begeleidende brief dd. 22/10/2021 (ontvangen dd. 29/11/2021)
* Adviesaanvraagformulier dd. 22/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. 29/11/2021)
* Vragenlijsten: ontvangen dd. 29/11/2021
  interview kwalitatief onderzoek
  vragenlijst kwantitatief onderzoek
* Antwoord onderzoeker ontvangen op 28/12/2021 in antwoord op opmerkingen CME dd. 20/12/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd. 22/10/2021 (aangepaste versie ontvangen dd. 29/12/2021)

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/01/2022 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 12/01/2023, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/01/2022. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/01/2023, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 12/01/2022

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11380	NVT	13/01/2022	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"PEER TO PEER INTERACTIE ALS THERAPEUTISCHE TOOL BINNEN DE HUISARTSENPRAKTIJK: DO'S-AND-DON'TS. Scriptie Kato Heyns"

B.U.N.: B6702021001209

* Begeleidende brief dd. 22/10/2021 (ontvangen dd. 29/11/2021)
* Adviesaanvraagformulier dd. 22/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. 29/11/2021)
* Vragenlijsten: ontvangen dd. 29/11/2021
  interview kwalitatief onderzoek
  vragenlijst kwantitatief onderzoek
* Antwoord onderzoeker ontvangen op 28/12/2021 in antwoord op opmerkingen CME dd. 20/12/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd. 22/10/2021 (aangepaste versie ontvangen dd. 29/12/2021)

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/01/2022 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 12/01/2023, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/01/2022. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/01/2023, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité bekrachtigt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Doran

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7523

* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 12/01/2022

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: PEER TO PEER INTERACTIE ALS THERAPEUTISCHE TOOL BINNEN DE HUISARTSENPRAKTIJK: DO'S-AND-DON'TS.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort een sessie/meerdere sessies bijwonen die geobserveerd wordt door onze onderzoekers. Indien u deelneemt aan deze studie, zal u na het doorlopen van de sessie(s) door hen geïnterviewd worden en gevraagd worden een vragenlijst in te vullen.
De vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnsgeneeskunde voert een onderzoek uit naar het nut, adviezen en valkuilen van gesprekstherapie in groep als onderdeel van de behandeling. Dit om beter begrip te vergaren over de factoren waarmee men dient rekening te houden om het gewenste effect te bekomen: wat werkt wel, wat werkt niet? Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Decat.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

1. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes bij het gebruik van peer-to-peer interactie als therapeutische tool.

2. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

3. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Gegevens uit uw globaal medisch dossier (GMD), niet door u vermeld in de interviews en/of vragenlijsten, worden niet gebruikt. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Peter Decat (UZ Gent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie

en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

1. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

2. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Peter Decat

Adres: UZ-Gent, 6K3– Ingang 42. Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent, België.

Telefoonnummer: 0032 9 332 36 28

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de arts-onderzoeker.
2) Ik ben akkoord dat mijn email adres gebruikt wordt voor het versturen van vragenlijsten.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Vragen kwalitatief interview

Interview kwalitatief onderzoek

Voor deelnemers

1. Hoe ervaarde u de sessies? Welk gevoel had u? Welke factoren zorgden ervoor dat u de sessies zo ervaarde?

2. De sessies worden georganiseerd vanuit het medisch centrum, de huisartsenpraktijk. Is dit voor u belangrijk? Heeft dit voor- of nadelen voor u? Hebt u andere verwachtingen dan wanneer het door vzw of gemeente zou georganiseerd worden?

3. Waren er zaken die u liever anders had gezien gedurende de sessies? Waarom? (Vooral onderwerpen? Eerder problemen van 'veiligheid'? Connectie met deelnemers of persoon die sessie begeleidde? Andere?)

4. Wat maakte dat u de sessies bleef volgen?

5. Zou u de sessies aanraden aan vrienden of familie in een gelijkaardige situatie? Waarom wel of niet?

Voor begeleiders en organisatoren

1. Hoe hebt u de sessies zelf ervaren?

2. Welke voorbereiding zijn voor u noodzakelijk voor het opzetten van een traject?

3. Welke valkuilen hebt u gaandeweg ontdekt?

4. Zou u in de toekomst uw werkwijze aanpassen?

Opmerking:

Voorafgaand aan de interviews werden deze vragen en onderwerpen opgesteld. Echter hanteerden we een semi-gestructureerde methodiek, wat ons de vrijheid gaf, afhankelijk van het verloop van het interview af te wijken van de vragenlijst.