Groepsactiviteiten voor patiënten in de huisartsenpraktijk: ervaringen van zorgverleners en patiënten in kwetsbare wijken in Brussel

Remke Demuynck, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren:

Dr. Madieke Maseman, Vrije Universteit Brussel

Dra. Manon Steurs, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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.

Dankwoord

Zoals iedereen die ooit een masterproef heeft geschreven wel kan raden, zou me dit nooit gelukt zijn zonder de hulp van een heleboel mensen die ik hier uitdrukkelijk voor wil bedanken. Allereerst en misschien nog wel het meest van al, wil ik iedereen die aan de studie deelnam bedanken. Ik kan jullie helaas niet bij naam noemen, maar het is enorm fijn om de passie te zien waarmee jullie jullie ideeën delen. Ik hoop dan ook met deze thesis de groepsactiviteiten wat meer zichtbaarheid te geven.

Uiteraard veel dank aan mijn promotor professor Johan Vansintejan en zeker aan mijn co-promotoren Manon en Madieke voor hun begeleiding in een voor mij vrij onbekende maar boeiende onderzoeksmethode en om er altijd te zijn voor mijn vragen of advies.

Bedankt aan mijn PO's Lieve en Hakki en aan Nora en Marieme. Jullie inspireerden mij met jullie hart voor Brussel en voor groepsactiviteiten om dit thema te kiezen en mee na te denken over de mogelijkheden in de toekomst. Ik ben zeker dat we ook later nog zullen samenwerken en ideeën uitwisselen.

Steun kan ook in de kleine dingen zitten en daarvoor bedank ik graag mijn vrienden en familie. Dank aan mijn vriend Thomas en mijn huisgenoten Ilias, Katrien en Lotte voor de emotionele steun, het aanhoren van mijn geklaag wanneer de dingen niet zoals verwacht liepen, voor het koekje op mijn bureau en het wegtoveren van de afwas wanneer ik mij even aan niets anders kon zetten. Dank aan mijn ouders, die regelmatig polsten hoe het met de thesis ging, ook al vergaten ze soms waar ik nu eigenlijk mee bezig was. Dank aan Samy voor het nakijken van de Franse vertalingen en aan Christophe voor het delen van zijn ongezouten mening over gezondheidsattitudes. Last but not least bedank ik Wander, die ik door zijn status als broer en PhD-student meermaals mocht bombarderen met relevante en minder relevante vragen tijdens het schrijven.

Abstract

Groepsactiviteiten voor patiënten in de huisartsenpraktijk: ervaringen van zorgverleners en patiënten in kwetsbare wijken in Brussel.

Inleiding: Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) wordt met zijn zeer diverse populatie en complex zorglandschap gekenmerkt door gezondheidsongelijkheden volgens een sociale gradiënt, waarbij mensen in slechtere gezondheid leven naarmate ze een lagere socio-economische status hebben. Verschillende huisartsenpraktijken in het BHG organiseren groepsactiviteiten voor hun patiënten. Deze preventieve interventiemethoden zijn vooral gericht op patiënten met chronische fysieke of psychologische klachten waar onderliggende sociale determinanten een rol in spelen, met als doel de gezondheidsongelijkheden te verlagen. Tot op heden werd nog geen studie uitgevoerd naar de ervaringen van zorgverleners en patiënten met zulke projecten in het BHG.

Methode: In deze kwalitatieve studie werden semi-gestructureerde focusgroepen afgenomen in vier praktijken die zich in socio-economisch kwetsbare buurten in het BHG bevonden en groepsactiviteiten organiseerden. Er vonden vier focusgroepen met zorgverleners en drie met patiënten plaats. In totaal namen 22 zorgverleners en 15 patiënten deel: zij waren voor de meerderheid vrouwelijk (35 deelnemers) en heterogeen qua leeftijd, werksituatie, opleidingsniveau en etnische achtergrond. De interviews peilden naar het aanbod, doel en effecten van activiteiten, faciliterende en belemmerende factoren, en de rol van de huisartsenpraktijk. De data werd verwerkt via thematische analyse in Nvivo 14.

Resultaten: Volgens deelnemers hebbeen groepsactiviteiten mede dankzij het groepseffect een positieve invloed op verschillende gezondheidsdeterminanten, de fysieke en mentale gezondheid en het sociaal welzijn van patiënten. Initiatieven kennen doorgaans meer succes indien 1) ze vraaggestuurd ontwikkeld worden met oog voor de noden, interesses en bezorgdheden van patiënten; 2) men begeleiding aanbiedt afgestemd op de patiënt vanaf uitnodiging tot na deelname; 3) het volledige zorgteam actief betrokken wordt in het project, en 4) de omgeving waarin de activiteit plaatsvindt vertrouwd, nabij en toegankelijk is. De werking wordt versterkt door samenwerkingsverbanden binnenin de wijk. De huisartsenpraktijk speelt door zijn laagdrempeligheid een belangrijke rol in het aanbieden van groepsactiviteiten voor kwetsbare patiënten, die anders niet bereikt worden door gezondheidsbevorderende initiatieven. De uitdaging blijft echter om deze patiënten voldoende autonoom te krijgen om ook op lange termijn positieve effecten te behouden.

Conclusie: Zorgverleners en patiënten in kwetsbare buurten in het BHG zijn overtuigd van het nut van groepsactiviteiten voor mensen in een kwetsbare situatie en van het nut dit in de huisartsenpraktijk aan te bieden. Deze studie vat de mogelijkheden en valkuilen rond het organiseren van groepsactiviteiten in socio-economisch achtergestelde buurten samen in aanbevelingen die huisartsenpraktijken als leidraad kunnen gebruiken voor het implementeren van groepsactiviteiten.

Inhoudstafel

Dankwoord 3
Abstract 4
Inhoudstafel 5
Afkortingenlijst 6
1. Inleiding 7
1.1 Literatuurstudie 8
2. Methodologie 13
2.1 Studie design en rekrutering 13
2.2 Deelnemers 13
2.3 Interviewschema 14
2.4 Analyse 14
3. Resultaten 16
3.1 Aanbod en doel 16
3.2 Effecten 17
3.3 Faciliterende en belemmerende factoren 19
3.4 Rol huisartsenpraktijk 24
4. Discussie en conclusie 26
4.1 Bespreking 26
4.2 Aanbevelingen 30
4.3 Sterktes en zwaktes 31
4.4 Toekomstig onderzoek 32
4.5 Conclusie 32
5. Referenties 33
6. Bijlagen 36
6.1 Interviewgidsen 36
6.2 Uitnodigingsflyer 42
6.3 Informed consent formulier 43
6.4 Vragenlijsten 59
6.5 Codeboom: uitgebreide versie 62
6.6 Goedkeuring Ethische Commissie 63
6.7 Studieprotocol 64

Afkortingenlijst

BHG	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
BISA	Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse
BOV	Bewegen op Verwijzing
BruZEL	Eerstelijnszone Brussel
CAIMeR	Context, Actoren, Interventies, Mechanismen, Resultaten
CHW(s)	Community Health Worker(s)
ELP	Eerstelijnspsychologische zorg
NHS	National Health Service (Verenigd Koninkrijk)
OGWB	Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
SOLK	Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie, World Health Organisation

1. Inleiding

Sinds enkele decennia evolueert onze gezondheidszorg van een ziektegericht naar een persoonsgericht zorgmodel, waarbij rekening wordt gehouden met de patiënt, de omgeving waarin hij leeft, alsook verschillende determinanten die zijn gezondheid mee bepalen (1). Deze determinanten bestaan uit persoonlijke, sociale, economische, culturele en andere omgevingsfactoren die onze gezondheid en onze gezondheidszorg beïnvloeden, en wiens ongelijke verdeling kan leiden tot ongelijkheden in gezondheid, ook wel de *health equity gap* genoemd (2,3). Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) wordt gekenmerkt door een aanzienlijke ongelijkheid in deze determinanten met een duidelijk aangetoonde impact op verschillende gezondheidsuitkomsten (4–7). Het gewest onderscheidt zich van Vlaanderen en Wallonië door zijn diverse bevolking wat betreft etnische, culturele, sociale en economische achtergrond (8). Zowel deze heterogeniteit als het complexe zorglandschap in de regio –de bevoegdheden voor zorg en welzijn zijn verdeeld over zeven niveaus– leiden tot een verminderde toegang tot de juiste zorg voor de meest kwetsbare patiënten (9). Binnenin het gewest is de gezondheidsongelijkheid groot: in de meest dichtbevolkte wijken in en rond het stadscentrum wonen mensen vaker in armoede en in slechte gezondheid, terwijl rijkere bewoners vaker in de residentiële buitenwijken en in betere gezondheid vertoeven (4,7). De impact van ongelijkheden in determinanten op de gezondheid van bewoners beperken zich echter niet tot de uiterst arme en rijke populaties: er bestaat een sociale gradiënt in gezondheidsongelijkheid waaraan de volledige bevolking onderhevig is (7). Gezondheidspromotie bestaat uit het optimaliseren van de gezondheidsdeterminanten van een individu of groep met als doel het reduceren van gezondheidsongelijkheden (2). Volgens het principe van proportioneel universalisme is het van belang om strategieën te ontwikkelen op maat van de personen die het meest getroffen worden door deze ongelijkheden, gezien universele maatregelen voornamelijk bevoordeelde groepen bereiken en daardoor de sociale gradiënt net vergroten (7). In dit gegeven spelen eerstelijnszorg en huisartsgeneeskunde een essentiële rol, gezien zij laagdrempelige zorg voorzien en zich toeleggen op preventie en levenskwaliteit voor individuele patiënten, families en groepen die het meest getroffen worden door gezondheidsongelijkheden (10). Eerstelijnszorg kan gezondheidspromotie implementeren op micro- en mesoniveau aan de hand van een holistische en persoonsgerichte zorgaanpak die rekening houdt met de verwachtingen en noden van de patiënt alsook de buurt en omgeving waarin patiënten leven (10).

Er bestaan verscheidene methoden om gezondheidspromotie te integreren in de eerstelijnszorg. Zo zijn er verschillende huisartsenpraktijken in het BHG die groepsactiviteiten organiseren voor hun patiënten, bestaande uit een uiteenlopende reeks aan laagdrempelige programma's en activiteiten, met wisselend succes. Deze wijkgerichte interventies helpen patiënten meer controle te krijgen over hun gezondheidsdeterminanten en verschillende barrières te verlagen in de zorg, maar deze projecten zijn vrij nieuw in België en weinig gekend bij het brede publiek. Enkele lokale initiatieven van Vlaamse huisartsenpraktijken werden reeds bestudeerd in vorige masterproeven van de master-na-master huisartsgeneeskunde en toonden positieve resultaten, maar deze studies beperkten zich telkens tot één project in een enkele praktijk (11–15). In het BHG is hiernaar nog geen onderzoek gevoerd.

Deze masterproef tracht een uitgebreid overzicht te bieden van patiëntgerichte groepsactiviteiten georganiseerd door huisartsenpraktijken om een beter idee te geven van welke initiatieven worden toegepast, hoe en voor wie ze werken, en aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om een duurzaam initiatief te starten. Deze studie zal zich toeleggen op projecten in het BHG en meer precies op socio-

economisch achtergestelde wijken in het BHG, gezien volgens het principe van proportioneel universalisme de nood voor gezondheidsbevordering hier het grootst is. Met de bekomen gegevens worden aanbevelingen geformuleerd voor huisartsenpraktijken die graag een initiatief willen implementeren in de toekomst. Deze studie stelt daarom volgende onderzoeksvraag voorop: “Hoe kunnen huisartsenpraktijken in maatschappelijk kwetsbare wijken op een duurzame manier patiëntgerichte groepsactiviteiten organiseren?"

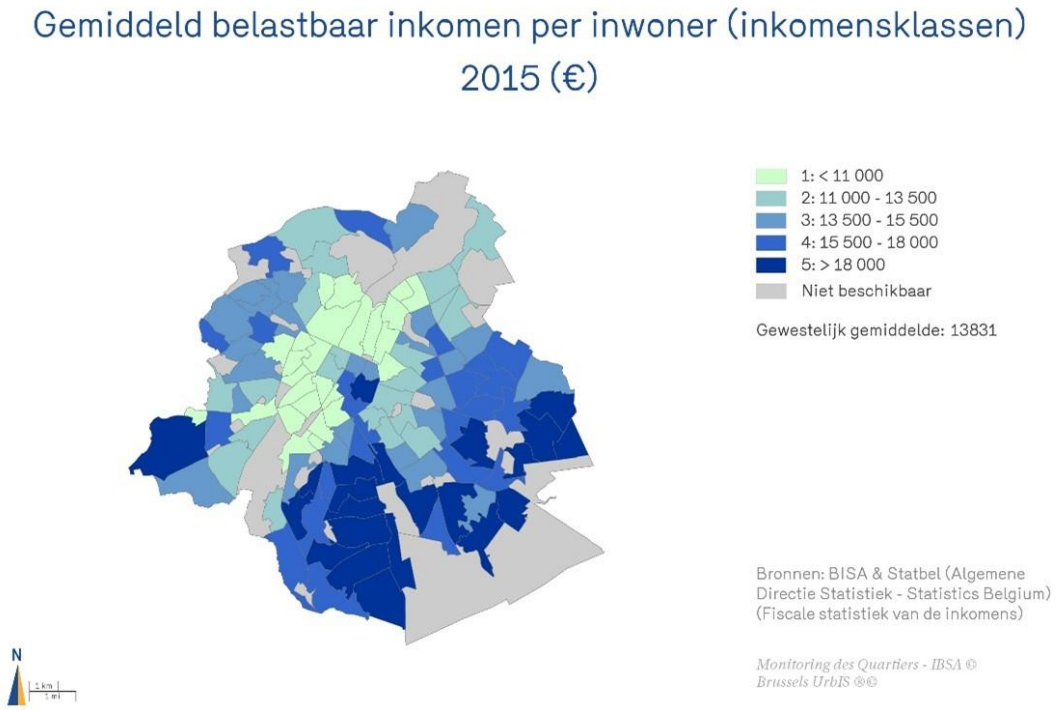
1.1 Literatuurstudie

In dit onderdeel zal de achtergrondliteratuur besproken worden met betrekking tot de socio-demografische gegevens van het BHG en de determinanten van gezondheidsongelijkheid in het BHG. Daarna volgt een vergelijking van verscheidene methoden om patiëntgerichte groepsactiviteiten aan te bieden in de eerstelijnszorg.

Het BHG verschilt demografisch en socio-economisch van Vlaanderen en Wallonië en wordt gekenmerkt door aanzienlijke demografische en socio-economische verschillen op gemeente- en wijkniveau (4,7,16). Belangrijk om op te merken is dat de gegevens over het BHG die aangehaald worden geen rekening houden met onder andere asielzoekers, studenten, toeristen en mensen zonder wettig verblijf, hoewel deze groep volgens ruwe schattingen vijftig- tot honderdduizend inwoners omvat boven op de totaalpopulatie van 1,2 miljoen inwoners (17). Het BHG kent een snelgroeiende populatie waarvan de spreiding erg varieert: van 2.000 inwoners/km^2 aan de standsrand in Watermaal-Bosvoorde tot bijna 24.000 inwoners/km^2 in Sint-Joost-ten-Node in het centrum, de meest dichtbevolkte gemeente (16). De populatie in het BHG is etnisch divers: drie op vier inwoners is van buitenlandse afkomst en meer dan één op drie heeft niet de Belgische nationaliteit (8,16). Er worden meer dan 100 talen gesproken door 180 nationaliteiten, waarvan naast de Belgische de Marokkaanse, Turkse en Congolese het meest vertegenwoordigd zijn (16). Ook is de Brusselse inwoner met een gemiddelde leeftijd van 37,5 jaar opvallend jonger dan die in de andere gewesten (8,16). De vergrijzing evolueert trager in het BHG, maar de oudere populatie is wel kwetsbaarder: opvallend binnen deze groep is het stijgende aandeel aan etnisch-culturele minderheidsgroepen, 85-plussers en ouderen die leven van een uitkering (8). Het aantal in deze laatste groep ligt dubbel zo hoog als het Belgisch gemiddelde (17).

Vier op tien inwoners in het BHG leeft in of op de grens van armoede en sociale isolatie, en een kwart van de kinderen groeit op in een huishouden zonder inkomen (7,8,16). De verschillen tussen buurten binnenin het BHG zijn groot: in de rijkste wijken ligt de mediaan van het jaarlijks inkomen per capita meer dan vier keer hoger dan de armste wijken. In de dunner bevolkte buitenwijken van het BHG wonen voornamelijk huishoudens met een hoog inkomen, terwijl huishoudens met een laag inkomen eerder geconcentreerd zijn in het stadscentrum en de omliggende wijken in het Noorden, Westen en Zuiden. Deze dichtbevolkte regio wordt de *arme sikkel* van Brussel genoemd (Figuur 1) (4,7,16). Dezelfde geografische spreiding is zichtbaar bij andere socio-economische indicatoren als opleidingsniveau, werkloosheidsgraad en kwaliteit van huisvesting. In 2019 publiceerde het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (OGWB) een rapport dat het verband onderzocht tussen socio-economische verschillen en gezondheidsongelijkheden, waarin een duidelijk terugkerende trend werd vastgesteld tussen een lager inkomen en een slechtere gezondheid (7,17). Volgens de resultaten komen deze verschillen al tot uiting vanaf de geboorte en de vroege jeugd: in gezinnen met een laag inkomen ligt het risico hoger voor onder andere doodgeboorte, infantiele sterfte en opnames op neonatologie en pediatrie (7). Deze ongelijkheden zetten zich voort

doorheen de verdere levensfases: inwoners met een lager inkomen lijden frequenter aan chronische ziekten, fysieke en mentale gezondheidsproblemen waaronder hartaandoeningen, obstructieve luchtwegaandoeningen, diabetes, stemmingsstoornissen, slaapproblemen en tand- en gebitsproblemen. Ook de cijfers van langdurige ziekte en invaliditeit liggen hoger bij maatschappelijk kwetsbare populaties.



Figuur 1. Gemiddeld belastbaar inkomen per inwoner (inkomensklassen) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (5). Inwoners met een laag inkomen wonen voornamelijk in de *arme sikkel* in het stadscentrum en de omliggende wijken in het Noorden, Westen en Zuiden, terwijl inwoners met een hoog inkomen vaker in de buitenwijken wonen.

Met andere woorden is er een duidelijke lineaire correlatie zichtbaar tussen socio-economische status en gezondheidsindicatoren, die invloed heeft op elke laag van de populatie. Dit wordt de sociale gradiënt in gezondheidsongelijkheid genoemd. De sociale gradiënt in het BHG uit zich ook in een verschillend sterfterisico; hoe lager de socio-economische klasse, hoe hoger het sterfterisico. Een uitzondering was de op een na laagste socio-economische groep, waar het sterfterisico hoger lag tegenover de socio-economisch laagste groep. Als verklaring voor deze afwijking haalt het OGWB een kleinere onderzoekspopulatie aan die gevoeliger is voor toevallige bevindingen. Naast inkomen en opleidingsniveau is de gradiënt ook zichtbaar bij andere sociale determinanten, die tevens elkaar onderling beïnvloeden (7). Deze determinanten bestaan uit materiële condities (werkcondities, huisvesting, de kwaliteit van de woonbuurt), psychosociale condities (sociale netwerken en relaties, stress, autonomie), gezondheidsgedrag en -vaardigheden. Voor verschillen in gezondheidsgedrag zoals eetgewoonten, tandhygiëne en rookgedrag bestaat er een significante sociale gradiënt in het BHG, maar dit blijkt niet het geval voor fysieke activiteit, terwijl voor alcoholconsumptie een omgekeerde gradiënt opvalt (meer consumptie door groepen met een hogere socio-economische status). Ook de toegang tot gezondheidszorg vormt een belangrijke gezondheidsdeterminant. In het BHG, waar specialistische zorg in vergelijking met de andere gewesten het meest kostelijk is, stelt één op vier patiënten medische zorg uit omwille van financiële redenen (7,8,16). Van het totaal aantal

huisartsenpraktijken in het BHG werkt 13% met het forfaitair betalingssysteem, wat substantieel meer is dan in Vlaanderen (2%) en Wallonië (4%) (16). Deze forfaitaire praktijken bevinden zich voornamelijk in de arme sikkel en zijn financieel toegankelijker voor patiënten (16). Er bestaat dus duidelijke een sociale gradiënt in het BHG. Universele maatregelen om de gradiënt te verlagen leiden vaak paradoxaal tot een vergroting van de health equity gap doordat kwetsbare groepen hier minder voordeel uithalen dan meer bevoordeelde populaties (7). Het is daarom essentieel om ook complementair actie te ondernemen die in proportie staat tot de sociale kwetsbaarheid van een doelgroep (7).

Groepsactiviteiten voor patiënten kunnen een toegankelijke en effectieve methode zijn om gezondheidsongelijkheden te verminderen door patiënten te ondersteunen in het aanpakken van hun zorgnoden, en meer specifiek patiënten die leven met chronische aandoeningen, mentale gezondheidsproblemen, complexe sociale noden, in sociale isolatie of in eenzaamheid (18). Afhankelijk van de noden en verwachtingen van de patiënt kunnen initiatieven variëren van fysieke en/of sociale activiteiten die een gezonde levensstijl promoten tot discussiegroepen, zelfhulpgroepen, sociale ondersteuning,. Een groepsactiviteit kan pas doeltreffend werken als een duurzame participatie van patiënten wordt gecreëerd, hetgeen volgens de theorie van Husk et al. (18) bepaald wordt door drie stappen: verwijzing, participatie en voortzetting (18). Een patiënt heeft meer kans om zich in te schrijven voor een activiteit na verwijzing als hij overtuigd is van de voordelen ervan, indien de voorstelling van de activiteit aansluit bij zijn noden en verwachtingen, en als men oog heeft voor de bezorgdheden van de patiënt (18,19). Vervolgens zal effectieve deelname van de patiënt aan een activiteit (participatie) hoger zijn indien de activiteit laagdrempelig en toegankelijk is, en als de patiënt ondersteund of begeleid wordt naar de eerste sessie (18). Of de patiënt ook op lange termijn de activiteit volhoudt (voortzetting) wordt enerzijds bepaald door de kwaliteiten van activiteitenbegeleider (vb. door de opbouw van een vertrouwensrelatie, motiverende ondersteuning, persoonlijke aandacht en adviezen aangepast aan de patiënt) en anderzijds door de veranderingen die de patiënt ervaart in zijn toestand of klachten (18).

Er bestaan verschillende manieren om patiënten te verwijzen naar groepsactiviteiten: *signposting*, *social prescribing* en groepsactiviteiten organiseren in de eigen huisartsenpraktijk. Bij *signposting* zal de zorgverlener zijn patiënt doorverwijzen naar een externe activiteit (vb. sportzaal, buurtcentrum) of hem voorzien van een brochure of ander informatiemateriaal over een activiteit. Deze methode is het meest gekend en gebruikt in de praktijk, maar is weinig efficiënt omdat ze onvoldoende persoonsgericht is en een integrale aanpak mist (18,20–22). Indien de ververwijzing naar een activiteit enkel bestaat uit het verstrekken van informatie aan de patiënt zonder rekening te houden met zijn overtuigingen en opvattingen, blijft de interesse laag (18). Bovendien wordt er geen bijkomende ondersteuning geboden die nodig is om de patiënt te doen deelnemen aan de activiteit en vindt er nadien zelden opvolging plaats in het kader van de activiteit (18). Als antwoord hierop werd *social prescribing* ontwikkeld; een liaison werking die via een persoonsgerichte aanpak patiënten in contact brengt met verscheidene activiteiten in hun buurt met als doel het bevorderen van hun gezondheid en welzijn (19–27). De term wordt vaak overkoepelend gebruikt, maar in essentie onderscheidt social prescribing zich van signposting door het bieden van extra ondersteuning aan de patiënt via een begeleider, wat de kansen op slagen vergroot bij verwijzing en naar participatie en voortzetting toe (19,21,27). Social prescribing vond zijn oorsprong in het Verenigd Koninkrijk als een project op nationaal niveau waarin *link workers* of *community health workers* (CHWs) de brug vormen tussen formele en informele zorg in de buurt (20). Zorgverleners verwijzen patiënten door naar een CHW in de buurt, die hen begeleidt in het bepalen van hun hulpvraag en/of doelstellingen, hen hiervoor

relevante activiteiten aanreikt en hen actief opvolgt en op maat ondersteunt (20,21). Intussen hebben minstens zeventien landen social prescribing overgenomen, met verschillende variaties afhankelijk van het gezondheidszorgsysteem, de lokale culturele en politieke context (20). Volgens dit principe tracht men het buurtnetwerk en de autonomie van personen te versterken om tegemoet te komen aan onbeantwoorde medische en/of sociale behoeften, om zo mensen meer controle te geven over de sociale determinanten verantwoordelijk voor gezondheidsongelijkheden (2,20,21,28). Social prescribing richt zich voornamelijk op mensen die in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden leven, met chronische fysieke en/of mentale gezondheidsproblemen, al dan niet in sociale isolatie (19,26,29). Bij deze populaties is persoonsgerichte zorg des te belangrijker gezien zij meer drempels ondervinden om toegang de krijgen tot gepaste zorg. Zo toonde onderzoek bij ouderen aan dat een holistische, persoonsgerichte aanpak die rekening houdt met de interesses en bezorgheden van de persoon enerzijds en sociale ondersteuning, begeleiding en toegang tot zorgnetwerken anderzijds essentieel is om ouderen te betrekken, vooral voor ouderen die wonen in socio-economisch achtergestelde wijken (25,30). Reviews van de bestaande literatuur over social prescribing beschrijven positieve effecten op het fysiek en mentaal welzijn van personen, een reductie in isolatie en gevoelens van eenzaamheid, verbetering van gezondheidsgedrag en -vaardigheden (19,22,24,26). Verder zou social prescribing het gebruik van eerste- en tweedelijnszorg kunnen verlagen, maar beperkte middelen in de eerstelijnszorg op zich belemmeren wel de implementatie van social prescribing (25,29). Hoewel voorlopige resultaten veelbelovend klinken, zijn er nog geen vergelijkende studies uitgevoerd over de impact van social prescribing op gezondheidsuitkomsten op lange termijn (19,23–26).

In België is het begrip social prescribing nog niet gekend bij het grote publiek. Er bestaan momenteel twee initiatieven: CHWs en Bewegen op Verwijzing (BOV). Sinds 2021 is er een pilootproject in enkele Belgische gemeenten waarin CHWs mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie begeleiden richting de juiste (formele) zorgverlening en barrières in de zorg identificeren en signaleren (31). In tegenstelling tot CHWs in het Verenigd Koninkrijk koppelen zij nog geen personen aan gezondheidsbevorderende groepsactiviteiten in hun buurt. Ook kunnen huisartsen in Vlaanderen en Brussel sinds 2016 patiënten met chronische aandoeningen die drempels ervaren om te bewegen doorverwijzen naar een BOV-coach (32). Samen met de BOV-coach stelt de patiënt een persoonlijk beweegplan met doelstellingen op, waarna de BOV-coach de patiënt verder begeleidt en opvolgt, individueel of in groep. Ook dit initiatief is bewust laagdrempelig om patiënten te kunnen bereiken met een kwetsbare achtergrond en/of lage gezondheidsvaardigheden (33). Tot op heden blijft signposting de meest conventionele aanpak in de eerstelijnszorg in België om patiënten te verwijzen naar groepsactiviteiten. Verschillende praktijken in het BHG en Vlaanderen organiseren zelf groepsactiviteiten voor hun patiënten, waarbij de zorgverleners direct betrokken zijn in de organisatie en uitvoering, al dan niet ondersteund door externe actoren of organisaties. Vijf masterproeven van de opleiding huisartsengeneeskunde onderzochten elk een project in een Vlaamse huisartsenpraktijk (11–15), waarvan er drie een maatschappelijk kwetsbare groep als doelpopulatie hadden (11,13,15). Deze groepsactiviteiten richtten zich op mindfulness (11), start-to-run (12) en interactieve discussies rond cardiovasculaire risicofactoren (14), gezonde voeding (13) en fysieke activiteit (15); de laatste twee projecten werden gekoppeld aan respectievelijk een buurtmoestuinproject en een fietsles. Deze studies stelden positieve effecten vast op sociale isolatie (11,15), mentaal welzijn (11,13), gezonde voedingsgewoonten (13,14), fysieke activiteit (12,14,15) en autonomie (13,15). De positieve impact van de interventies werd door patiënten en zorgverleners toegekend aan de sociale interactie en

gedeelde ervaringen die groepsactiviteiten teweegbrachten (11–15). Ook persoonsgerichtheid (11,15), actieve betrokkenheid van de huisartsenpraktijk (14) en begeleiding door de zorgverleners (11–13) spelen een faciliterende rol die de kansen verhogen op een adequate verwijzing, participatie en voortzetting bij patiënten. Deze kleinschalige studies in Vlaanderen toonden dat de organisatie van groepsactiviteiten voor patiënten door de huisartsenpraktijk de mogelijkheid biedt om gezondheidspromotie op een meer duurzame manier te integreren in de eerstelijnszorg.

Het organiseren van groepsactiviteiten door de huisartsenpraktijk vertoont verschillende overeenkomsten met social prescribing en is een duurzamere methode om patiënten preventieve gezondheidsinterventies aan te bieden dan signposting, hoewel signposting de meest gebruikte methode is in België. Omdat de literatuur hierrond beperkt is in België en afwezig in het BHG waar een grote nood is aan gezondheidspromotie, zal deze masterproef de werking van groepsactiviteiten georganiseerd door huisartsenprakijken onderzoeken in het BHG, met als hoofdonderzoeksvraag: “Hoe kunnen huisartsenpraktijken in maatschappelijk kwetsbare wijken op een duurzame manier patiëntgerichte groepsactiviteiten organiseren?". Duurzaamheid duidt enerzijds op de toegankelijkheid van een activiteit voor diens doelgroep en anderzijds op het doel dat ermee bereikt wordt. Om op deze vraag te antwoorden zullen de factoren die deze duurzaamheid bepalen onderzocht worden, alsook de rol die de praktijk hierin speelt. Hiervoor dienen eerst het aanbod, het beoogde doel en de effecten van activiteiten gekend te zijn. Daarom wordt de hoofdonderzoeksvraag opgedeeld in volgende deelvragen:

- Welk aanbod aan patiëntgerichte groepsactiviteiten is er in Brusselse huisartsenpraktijken?
- Met welk doel organiseren zorgverleners in Brusselse huisartsenpraktijken patiëntgerichte groepsactiviteiten, en met welk doel nemen patiënten deel?
- Welke effecten ondervinden patiënten en zorgverleners in Brusselse huisartsenpraktijken van patiëntgerichte groepsactiviteiten?
- Welke factoren faciliteren en/of belemmeren de organisatie en het verloop van patiëntgerichte groepsactiviteiten volgens patiënten en zorgverleners in Brusselse huisartsenpraktijken?
- Hoe zien patiënten en zorgverleners de rol van de huisartsenpraktijk in het organiseren van patiëntgerichte groepsactiviteiten?

2. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode uiteengezet van de studie. Eerst wordt het studie design en rekrutering besproken, gevolgd door de kenmerken van de deelnemers, het interviewschema als gebruikt materiaal, en de analyse.

2.1 Studie design en rekrutering

Focusgroepen werden gebruikt om de ervaringen van zorgverleners en patiënten met groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk te verkennen, om interactie tussen deelnemers te stimuleren en om nuanceringen in opvattingen op te vangen. Deze kwalitatieve onderzoeksmethode laat toe de vraag te beantwoorden *hoe* of *op welke manier* huisartsenpraktijken in maatschappelijk kwetsbare wijken op een duurzame manier patiëntgerichte groepsactiviteiten kunnen organiseren. Praktijken kwamen in aanmerking voor de studie indien ze één of meerdere groepsactiviteiten organiseerden voor hun patiënten en indien ze zich situeerden in een kwetsbare wijk in het BHG. Als criterium moest het gemiddeld inkomen per inwoner in de wijk onder het twintigste percentiel liggen van het gemiddeld inkomen in het BHG (5). Zowel Nederlands- als Franstalige initiatieven werden geïncludeerd, en telkens in verschillende wijken. Het doel was om in drie praktijken één focusgroep met zorgverleners en één met patiënten te houden. Via de Brusselse Huisartsenkring werden praktijken die aan de criteria voldeden geïdentificeerd, via convenience sampling geselecteerd en per mail uitgenodigd. Na een eerste focusgroep met zorgverleners werd samen met hen een strategie voor de rekrutering van patiënten bepaald. Dit varieerde van een persoonlijke uitnodiging door de zorgverleners, een persoonlijke uitnodiging door de onderzoeker tijdens een deelname aan hun activiteit, en/of een uitnodigingsflyer (Bijlage 2). Voor de start van elke groep gaven participanten hun geïnformeerde toestemming na uitleg over het doel en verloop van de studie, toestemming, mogelijke voor- of nadelen bij deelname, vertrouwelijkheid en anonimiteit (Bijlage 3). Deelnemers vulden een korte vragenlijst in (Bijlage 4): bij patiënten peilde deze naar demografische gegevens en de zelf ingeschatte gezondheid, en bij zorgverleners naar hun functie in de praktijk. In totaal vonden er zeven semi-gestructureerde focusgroepen plaats tussen mei en november 2023 in vier praktijken in Schaarbeek, Molenbeek en Anderlecht, waarvan vier met zorgverleners en drie met patiënten. Dit aantal is te verklaren doordat er bij een patiëntenfocusgroep geen deelnemers waren verschenen, waardoor nog een vierde praktijk uitgenodigd werd. De focusgroepen duurden tussen 41 en 77 minuten en werden gevoerd in het Nederlands of het Frans. Een maaltijd werd voorzien.

2.2 Deelnemers

Deelnemers moesten minstens achttien jaar oud zijn en zich voldoende kunnen uitdrukken in het Nederlands of Frans om deel te mogen nemen aan de studie. Zorgverleners moesten betrokken zijn in minstens één van de projecten in de praktijk, direct of indirect. Onder direct betrokken zorgverleners verstaan we de personen die de activiteiten uitdenken, organiseren, uitvoeren en daarbij patiënten actief begeleiden. Anderen in het team kunnen indirect betrokken zijn door bijvoorbeeld patiënten uit te nodigen, zonder actief te volgen wat er tijdens de activiteit gebeurt. Deelnemende patiënten moesten minstens één keer hebben deelgenomen aan een groepsactiviteit in de praktijk.

Tabel 1. Kenmerken deelnemende zorgverleners

Totaal (n = 22)	N (%)
Geslacht (n = 22)	
Vrouw	21 (95.5)
Man	1 (4.5)
Leeftijd (n = 22)	
18-29 jaar	3 (13.6)
30-39 jaar	5 (22.7)
40-49 jaar	7 (31.8)
50-59 jaar	4 (18.2)
≥60 jaar	3 (13.6)
Functie in de praktijk (n = 22)	
Huisarts	4 (18.2)
Gezondheidspromotor	4 (18.2)
Onthaalmedewerker	3 (13.6)
Verpleegkundige	2 (9.1)
Diëtist en diabeteseducator	2 (9.1)
Medewerker externe vzw	2 (9.1)
Kinesist	1 (4.5)
Psycholoog	1 (4.5)
Vrijwilliger	1 (4.5)
Stagiaire geneeskunde	1 (4.5)

Tabel 2. Kenmerken deelnemende patiënten

Totaal (n = 15)	N (%)
Geslacht (n = 15)	
Vrouw	14 (93.3)
Man	1 (6.7)
Leeftijd (n = 14)	
18-29 jaar	2 (14.3)
30-39 jaar	2 (14.3)
40-49 jaar	5 (35.7)
50-59 jaar	1 (7.1)
≥60 jaar	2 (14.3)
Werksituatie (n = 14)	
Arbeidsongeschikt	5 (35.7)
Huisman of -vrouw	3 (21.4)
Werkend	2 (14.3)
Gepensioneerd	2 (14.3)
Werkloos of werkzoekend	1 (7.1)
Student	1 (7.1)
Behaald diploma (n = 15)	
Middelbaar onderwijs	10 (66.7)
Hoger onderwijs (bachelor)	2 (13.3)
Hoger onderwijs (master)	3 (20.0)
Etnische achtergrond (n = 15)	
Buiten België geboren	9 (60.0)
In België geboren, ≥1 ouder buiten België geboren	4 (26.7)
In België geboren, ouders in België geboren	2 (13.3)
Zelf ingeschatte gezondheid (n = 13)	
Goed tot zeer goed	5 (38.5)
Gemiddeld	4 (30.8)
Slecht tot zeer slecht	3 (23.1)

In totaal namen 22 zorgverleners en 15 patiënten deel aan de focusgroepen (Tabel 1 en 2). De overgrote meerderheid waren vrouwen (95% van de zorgverleners en 93% van de patiënten). Een mogelijke verklaring hiervoor, wat in de focusgroepen werd aangehaald, is dat zowel het praktijkteam als de patiënten die deelnamen aan activiteiten voornamelijk uit vrouwen bestonden. De patiënten waren tussen 24 en 68 jaar oud en vertegenwoordigden verschillende leeftijdsgroepen, werksituaties, opleidingsniveaus en etnische achtergronden (5). Onder de zorgverleners waren vooral huisartsen (18.2%), gezondheidspromotoren (18.2%) en onthaalmedewerkers (13.6%) vertegenwoordigd, maar ook een grote groep paramedici (27.3%) bestaande uit twee verpleegkundigen, twee diëtisten/diabeteseducatoren, één kinesist en één psycholoog. Verder waren ook een yogaleerkracht en -coördinator van een externe vzw, een vrijwilliger en een stagiaire geneeskunde aanwezig. Één patiënt (P7) bleek tijdens de focusgroep nog niet deelgenomen te hebben aan een activiteit, maar was dit wel van plan; uitspraken van deze deelnemer omtrent de inhoud en effecten van de activiteit werden niet opgenomen in de analyse.

2.3 Interviewschema

Voor de focusgroepen werden interviewschema's opgesteld voor zowel zorgverleners als patiënten (Bijlage 1). Deze vertrokken vanuit de onderzoeksvragen en baseerden zich op interviewschema's van vorige studies naar social prescribing met een gelijkaardige studie opzet (21,34–37). Na een korte uitleg, introductieronde en openingsvraag over het ontstaan van de activiteit werd gepeild naar het doel van de activiteit, motivatie tot deelname, ervaren impact, bevorderende en belemmerende factoren, organisatorische aspecten en de rol van de huisartsenpraktijk in het aanbieden van groepsactiviteiten. Als afsluiting werd naar algemene inzichten over groepsactiviteiten gepeild.

2.4 Analyse

De datacollectie en analyse vonden simultaan plaats. De focusgroepen werden opgenomen en achteraf verbatim getranscribeerd, waarna de opnames werden verwijderd en persoonlijke gegevens gepseudonymiseerd. Daarna werd een thematische analyse uitgevoerd in NVivo 14. Hiervoor werd op voorhand een codeboom opgesteld die als theoretisch kader diende en de thema's bevatte waarvan verwacht werd dat ze uit de focusgroepen naar voor zouden komen. Deze codeboom werd

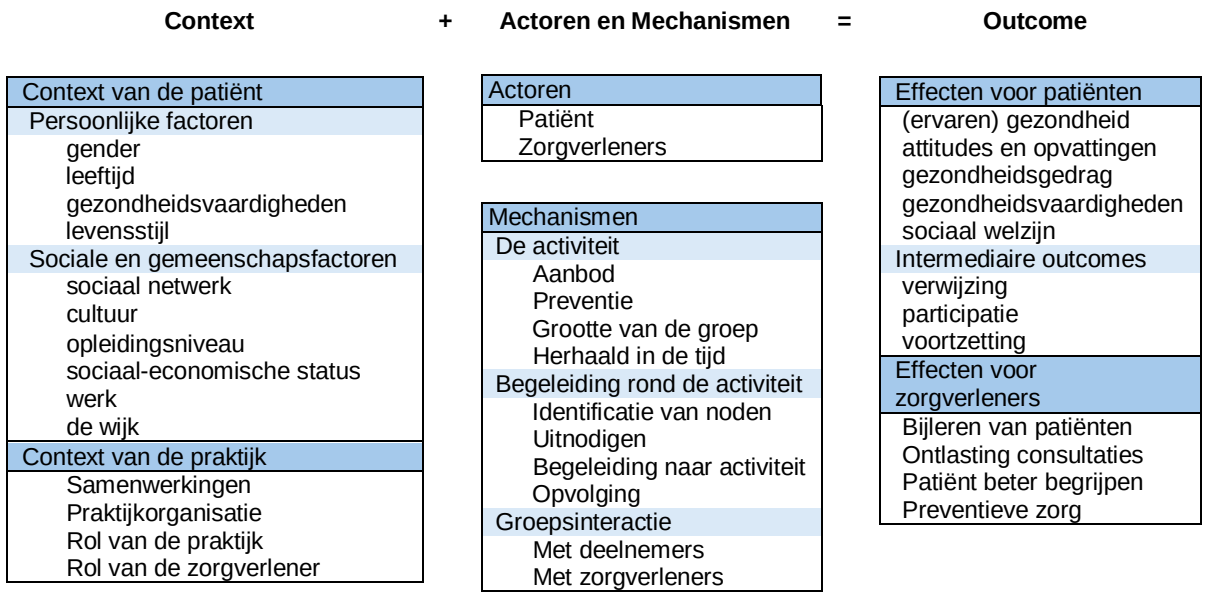
voornamelijk gebaseerd op realist evaluation en het CAIMeR model van Blom en Morén (38,39). Realist evaluation en het CAIMeR model worden vaak als theoretische kaders gebruikt in onderzoek naar sociale interventies en zijn ideaal om te onderzoeken *hoe* of *op welke manier* interventies werken. Ze veronderstellen dat het effect van een initiatief contextafhankelijk is. Een kwalitatief project in één praktijk kan dus niet zomaar geïmplementeerd worden in een andere praktijk met de verwachting dat dit hetzelfde succes zal kennen, zolang er geen rekening gehouden wordt met de context waarin hij plaatsvindt. De onderliggende factoren die deze processen beïnvloeden zijn wel overdraagbaar. Realist evaluation stelt dat elke *interventie* (activiteit) plaatsvindt in een specifieke *context*, die specifieke *mechanismen* (onderliggende veranderingen in vb. percepties, motivatie of gedrag) teweegbrengt bij de deelnemers, wat tot verschillende *outcomes* (effecten) kan leiden. Deze interacties worden uitgedrukt volgens de *CMO-hypothese*;

Context (C) + Mechanism (M) = Outcome (O);

Het CAIMeR model vermeldt naast de *context*, *mechanismen* en *outcome* ook expliciet de *actoren* (de deelnemer, zijn formele en informele contacten) en de *interventie* (in deze studie: de groepsactiviteit) als onderdelen van het proces, en kent subcategorieën toe per onderdeel. Van de interviewschema's werd verwacht dat ze antwoorden en thema's zouden genereren die passen binnen deze kaders. Naast deze theorieën bevat de initiële codeboom ook enkele thema's gebaseerd op het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead (3) over de determinanten van gezondheidsongelijkheid en de theorie van Husk et al. (18) over het proces van verwijzing, participatie en voortzetting (3,18). Naargelang er tijdens de analyse nieuwe thema's naar boven kwamen werd de codeboom verder verfijnd.

3. Resultaten

In deze sectie worden de resutaten besproken aan de hand van de finale codeboom die na thematische analyse werd bekomen (Figuur 2). De basis van het kader werd gevormd door de context waarin de patiënt, bestaande uit persoonlijke, sociale en gemeenschapsfactoren, en de praktijk zijn ingebed. Hierop werken verschillende actoren, de patiënten en zorgverleners, in via verschillende mechanismen. Deze mechanismen bestonden uit de activiteit als interventie, de interactie tussen de actoren, en de begeleiding rond de activiteit. De mechanismen leverden verschillende outcomes of resultaten op, zowel voor patiënten als voor zorgverleners. In de resultaatbespreking zullen de verschillende componenten van dit kader aan bod komen, vertrekkende vanuit de onderzoeksvragen: aanbod, doel, effecten, faciliterende en belemmerende factoren, en rol van de huisartsenpraktijk. In de focusgroepen werd duidelijk dat het aanbod bepaald werd door het doelpubliek en de doelen van zorgverleners en patiënten. Omdat deze met elkaar verbonden waren en simultaan naar voren kwamen in focusgroepen, worden ze samen besproken in de resultaten. Verder worden in de resultaatbespreking citaten vertaald vanuit het Frans aangeduid met *.



Figuur 2. Codeboomstructuur na thematische analyse.

3.1 Aanbod en doel

De deelnemende Brusselse praktijken organiseerden groepsactiviteiten voor hun patiënten als vorm van gezondheidspromotie, waarbij de zorgverleners probeerden om de gezondheidsdeterminanten van hun patiënten te verbeteren. Het doelpubliek van vele activiteiten bestond uit patiënten met chronische aandoeningen zoals cardiovasculaire ziektes en risicofactoren, mentale gezondheidsproblemen en SOLK. Andere activiteiten kenden geen specifieke doelgroep. De zorgverleners trachtten vooral kwetsbare patiënten te includeren in hun groepen, zoals mensen die leven in sociaal isolement en eenzaamheid, met weinig gezondheidsvaardigheden of -geletterdheid, een lage socio-economische status, of mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn. De activiteiten waren vooral gericht op volwassenen, maar er bestonden ook enkele activiteiten voor kinderen en hun ouders. Bij quasi alle activiteiten stond deelname open voor iedereen, maar patiënten die tot de doelgroep behoorden werden vaker actief uitgenodigd door het team. Zowel zorgverleners als patiënten vonden het belangrijk om een sociaal heterogene groep te creëren.

*"*Dus, *het doel is dat patiënten meer bewegen, beter eten en niet alleen zijn, en zo […] hun gezondheidsdeterminanten verbeteren, en op te treden vooraleer patiënten ziek worden, of indien ze ziek zijn, om te voorkomen dat ze nog zieker worden," (Z8, gezondheidspromotor)*.*

"Aanvankelijk, als ik het heb over de breicursus die ik in het begin heb opgestart, was het om de vrouwen een beetje uit hun isolement te halen. Ze bleven te veel in hun isolement, met veel depressieve klachten, veel rugklachten, veel pijnklachten, … en we stelden vast dat dat een goeie manier was om hen het huis uit te krijgen," (Z6, verpleegkundige).*

"In de pregnancy groepen hebben [we] graag een goeie mix, dus een aantal kwetsbaren maar ook een aantal sterken, […] Als ge dan op z'n minst één iemand hebt die een beetje de trekkende rol heeft die wel veel weet en veel kent, hé dat is besmettelijk hé," (Z12, diëtist en verpleegkundige).

Qua thematiek was het aanbod zeer uiteenlopend. De meerderheid kon onderverdeeld worden in één van volgende categorieën: beweeggroepen; interactieve informatiesessies; initiatieven rond mentale gezondheid zoals relaxatie- en praatgroepen; hobbygroepen en uitstappen. De praktijken kozen voor hun beweeggroep het vaakst voor yoga, algemene beweeglessen en wandelingen. Interactieve voorlichtingen varieerden in hun onderwerp, van gezonde levensgewoonten (o.a. voeding, rookstop, diabeteseducatie, mondhygiëne) tot sociale hulpverlening, seksuele gezondheid, zwangerschap en ouderschap. De praatgroepen concentreerden zich voornamelijk op mentale weerbaarheid, zelfvertrouwen, autonomie en copingsstrategieën. In de hobbygroepen waren kookworkshops in meerdere praktijken een populaire formule. Ook waren er groepen rond breien, zang, en compost in de wijk. Uitstappen bestonden meestal uit culturele uitstappen of bezoeken aan sociale buurtprojecten. De meeste initiatieven zetten in op meer dan één gezondheidsdeterminant en konden uiteindelijk in meerdere van bovengenoemde categorieën ondergebracht worden. Zo speelden de yogaworkshops zowel in op fysieke als mentale gezondheid, of een kookgroep op zowel betaalbare als gezonde voedingsgewoonten. Zowat alle activiteiten probeerden een antwoord te bieden op eenzaamheid en sociaal isolement bij de patiënten door het creëren van een sociaal netwerk met de groep.

"Wat we reeds in het verleden hebben gedaan was euh een kookatelier of infosessies in groep, lang geleden. We gaven bij groepen Frans workshops over kanker, over diabetes, of we nodigden een familieplanning uit voor alles met betrekking tot relaties, seksuele voorlichting," (Z8, gezondheidspromotor).*

"De kookgroep bijvoorbeeld, dat vind ik echt uitstekend omdat [...] we er gezond leren koken. [...] We hebben eens, want men zegt altijd "gezond koken is te duur", dus we hebben een potluck gehouden en wat was het plafond? Drie euro," (P10, patiënt).*

3.2 Effecten

De groepsactiviteiten hadden voor patiënten effect op volgende aspecten: de (ervaren) gezondheid, gezondheidsattitudes, levensstijl, gezondheidsvaardigheden en sociaal welzijn. Er werd een verbetering gezien van het algemeen welzijn van patiënten, hun fysieke en/of mentale gezondheid. Op fysiek vlak bemerkte men een betere ademhaling en conditie, gewichtsverlies, minder pijnklachten en een positieve impact op cardiovasculaire ziekten. Op mentaal vlak meldden patiënten een positief effect op depressieve en angstige klachten, meer engagement, motivatie en zelfvertrouwen. Vooral het effect van sociaal contact op isolement kwam in alle focusgroepen naar voren als het grootste

voordeel van de activiteiten. De groepen boden een sociaal netwerk voor kwetsbare of eenzame patiënten dat ze elders niet konden vinden.

"Maar wanneer we hen nu zien, beginnen ze al te veranderen: "ik heb minder pijn", "ik ben afgevallen", "ik voel me beter" en "ik kan meer dingen doen thuis", "ik heb zin om buiten te komen", "ik heb zin om te wandelen", en dat is geweldig," (Z6, verpleegkundige).*

"Persoonlijk euh heeft het me toch geholpen om en zekere rust te vinden, zeg maar, dus euh, het aspect euh, mentale gezondheid et cetera. Ik vind dus euh dat dat goed is," (P9, patiënt).*

Zowel zorgverleners als patiënten zagen positieve effecten op levensstijlgewoonten van patiënten dankzij de activiteiten, zoals een actievere levensstijl of gezondere voedingsgewoonten. Een zorgverlener merkte op dat niet alle patiënten erin slaagden hun gewoontes te veranderen, maar vond de verworven kennis nuttig. Sommige patiënten ontwikkelden ook een betere copingsstijl voor hun klachten en consulteerden nadien minder vaak een zorgverlener in de praktijk. Activiteite hielpen om – vooral sociale en psychologische – hulpverlening te destigmatiseren voor patiënten. Zorgverleners en patiënten bemerkten ook dat patiënten de activiteit als hun nieuwe bezigheid beschouwden. Dit creëerde een zelfwaarde-gevoel bij de deelnemers; zij het door het ontwikkelen van een nieuwe vaardigheid, zij het door de zinvolle tijdsbesteding, een "moment voor zichzelf" die voor velen een onderbreking van de dagelijkse sleur betekende.

"Ik merk echt het verschil sinds ze naar de yogales gaat: ze klaagt veel minder [...], ik heb gezien dat haar houding en haar manier van uitdrukken volledig [...] is veranderd," (Z11, huisarts).*

"Maar ja maar ik denk wel dat dat gebeurt dat ze, door anderen te horen dat, dat dan de drempel ook kleiner is om toch eens naar een psycholoog [te gaan]," (Z4, gezondheidspromotor).

"De zanggroep is echt, echt een moment voor mezelf, waar ik enkel aan mezelf denk, in feite," (P12, patiënt).*

Volgens enkele patiënten en zorgverleners hielpen de activiteiten om de gezondheidsvaardigheden van patiënten te ontwikkelen door in te zetten op health literacy, autonomie en empowerment, financiële vaardigheden, taalvaardigheden, en culturele of sociale integratie in de buurt. Er werd in verschillende focusgroepen opgemerkt dat zeker niet alle patiënten voldoende autonomie ontwikkelden om zelf aan de slag te gaan met hun gezondheid.

"Dan merk je dat door samen over gezonde voeding te praten, dat mensen ook van elkaar leren. En ja, dat euh, dat er toch kleine dingen blijven hangen waarvan ze denken "ah ja wacht, ik moet op de Nutri-score letten" euhm hé," (Z2, diëtist en diabeteseducator).

"Alles wat ik geleerd heb, blijf ik thuis toepassen [...], sofrologie[1], bijna elke dag," (P10, patiënt).*

"Nadien hebben we een pauze gehad tijdens de vakantie zonder de les meteen te hernemen in september, en wanneer we de yoga herstartten [...] besefte ik dat ik hen in nood aantrof. Alles waaraan we gewerkt hadden tijdens de breimaanden was verloren," (Z6, verpleegkundige).*

[1] Sofrologie is een discipline waarin relaxatie-, meditatie- en beweegtechnieken toegepast worden om psychische klachten en somatisatieklachten te verminderen (55).

Ook voor zichzelf ondervonden zorgverleners verschillende positieve effecten. De groepsmomenten boden ruimte om het verhaal achter (de klachten van) de patiënt te verkennen en hem beter te begrijpen. Daarnaast werd met de activiteiten een zorgaanbod voorzien dat complementair was aan de individuele consultaties waar tijd beperkt is, en leidden de activiteiten zo ook tot een ontlasting van de consultaties. Tenslotte vertelde een zorgverlener dat ze zelf ook bijleerde van haar patiënten.

> *"Ja ik hoor heel veel dingen hier die ik nooit zou horen op consultatie omdat er gewoon geen meer ruimte is. [...] Ik heb al heel veel bijgeleerd, zelf ook, om mij in hun leefwereld wat meer te kunnen onderdompelen," (Z16, huisarts).*

> *"En ik vind ook het neveneffect of het goeie effect eraan da ge uw collega's ontlast, of da ge zelf ontlast wordt. [...] Ik hoop dat door hier een aantal mensen op te vangen, dat de wachtlijst bij de kine's wat korter wordt, omdat zij geen, die [nek]klachten ni moeten aanpakken bijvoorbeeld," (Z20, psycholoog, over relaxatiegroep).*

3.3 Faciliterende en belemmerende factoren

Verschillende factoren faciliteerden of belemmerden de werking van groepsactiviteiten. Hieronder worden deze factoren besproken voor de praktijkorganisatie, verwijzing, participatie en voortzetting van de activiteiten.

Om activiteiten te kunnen organiseren waren vooral praktische aspecten en de betrokkenheid van het team belangrijk. Alle deelnemende praktijken waren multidisciplinaire groepspraktijken, waarvan één gefinancierd werd via het prestatiesysteem en drie via het forfaitaire systeem. De zorgverleners vonden dat de organisatie van activiteiten mogelijk was binnen beide financieringssystemen. Financiële kosten konden gedrukt worden door subsidiëring en door te kiezen voor activiteiten met een lage kost. Vooral de grote tijdsinvestering werd benadrukt door zorgverleners, waardoor voldoende personeel nodig was die deze tijd ter beschikking kon stellen. Daarom vonden zij groepsactiviteiten moeilijker haalbaar in een kleine, monodisciplinaire praktijk. Twee praktijken vonden het ook essentieel dat de zorgverleners die activiteiten begeleidden een opleiding kregen rond methodieken voor groepswerking, zoals *Centering Pregnancy* of *de Goed-Gevoel-Stoel* (40,41).

> *"Als ge alleen maar met huisartsen zijt, gaat da misschien moeilijk zijn, tenzij dat er een huisarts zoveel uren per week vrij neemt om gezondheidspromotie, preventie, wijkwerking en zo op neemt. Omdat de meeste dingen da wij organiseren zijn wel redelijk tijdsintensief," (Z14, gezondheidspromotor).*

> *"[De Goed-Gevoel-Stoel] is eigenlijk een methodiek om mensen naar hun veerkracht te laten kijken van wat ze eigenlijk al doen van activiteiten, hoe ze zichzelf al beschermen, hoe ze hulp vragen, en op welke vlakken dat ze nog iets meer zouden kunnen doen, waar dat ze nog niet zo sterk in zijn, en elkaar dan daarin kunnen ondersteunen en tips kunnen geven," (Z16, huisarts, over praatgroep).*

Zorgverleners vonden het ook cruciaal om de andere collega's binnen het team regelmatig te sensibiliseren. Het team moest enerzijds overtuigd zijn van het nut van de activiteit en anderzijds goed geïnformeerd om verwijzingen te faciliteren. Andere praktische zaken waar rekening mee gehouden moest worden waren de locatie en, indien van toepassing, het materiaal. De locatie waar de activiteit plaatsvond moest vlot bereikbaar, toegankelijk en privacyvriendelijk zijn. Er werd ook regelmatig samengewerkt met vrijwilligers, non-profitorganisaties of andere praktijken om praktische redenen

(vb. een minder tijdrovende of voordeligere formule, een geschikte locatie), om meer geïnteresseerden aan te trekken of om patiënten het aanbod aan buurtorganisaties te tonen.

"Het is zeker dat als heel het team ingeschakeld en geïnformeerd is en gaat promoten, dat er meer deelnemers zullen zijn. Dat, dat is essentieel," (Z8, gezondheidspromotor).*

"Het is ver, het is toch nog de metro, de tram, en de tram. [...] Je moet gemotiveerd zijn om te komen," (P3, patiënt).*

"Vroeger deden we da [een kookatelier] gewoon vanuit de praktijk zelf, de diëtisten die alles voorbereiden, euh de receptjes, de inkopen, dus da was eigenlijk heel tijdsintensief. [...] En nu werken we daarvoor samen met een organisatie in de wijk [...] en eigenlijk is dat dan ne grote win voor ons euhm, en voor hen uiteindelijk ook. Want da's een goeie samenwerking en mensen leren hun organisatie dan ook kennen," (Z3, gezondheidspromotor).

Naast de praktische mogelijkheden binnen of buiten de praktijk, werd het thema van een activiteit voornamelijk bepaald door de ervaren noden binnen de patiëntpopulatie. In de ene praktijk werden deze noden eerder spontaan geïdentificeerd door het team, in de andere meer methodisch, bijvoorbeeld via bevraging. De belangrijkste valkuil was vooral om een thema of activiteit te kiezen waar volgens de zorgverleners nood aan was, maar waar er eigenlijk weinig of geen vraag naar bestond bij patiënten.

"[We] vertrekken van een nodenanalyse van de wijk en de patiënten, en da we dan prioriteiten stellen, en das nu al een aantal jaar da we vooral rond gezin en opvoeding en mentaal welzijn werken, vooral intern [...] en in de wijk rond gezond wonen," (Z14, gezondheidspromotor).

"We hebben hier ook ooit met een heel team klaar gezeten na de aanslagen om patiënten op te vangen en [...] toen was er eigenlijk weinig opkomst. [...] Ge voelt ook als het van ons komt of zo, ik denk dat het toen vooral kwam van: "we moeten hier iets mee". Ja, dan heb je eigenlijk ni goed bevraagd," (Z20, psycholoog).

Of de verwijzing van de patiënt naar een activiteit succes had, was afhankelijk van de gebruikte verwijsmethode en de mate waarin de activiteit aansloot bij de noden en interesses van de patiënt. In alle praktijken werd zowel collectief als individueel uitgenodigd. Collectieve verwijzing kon bestaan uit flyers of affiches in de wachtzaal of de consultatieruimte, mails, informatie op de praktijkwebsite, social media en Whatsapp-groepen, of informeren via externe partners. Individuele verwijzing gebeurde face-to-face, telefonisch of via Whatsapp door zorgverleners, maar ook via mond-tot-mond reclame tussen patiënten. Patiënten vonden collectieve uitnodigingen essentieel om de activiteiten in de praktijk kenbaar te maken, maar klaagden over de beperkte zichtbaarheid van collectieve uitnodigingen. Deze bereikten namelijk de ene patiënt veel beter dan de andere, wat wellicht bepaald werd door het profiel van de patiënt en het gebruikte medium. Zo werd de website vooral bekeken door jongere patiënten met meer informatievaardigheden, terwijl Whatsapp een toegankelijker platform was voor een oudere en multiculturele populatie met een lagere gezondheidsgeletterheid (maar hiervoor moest de patiënt reeds toegevoegd zijn tot de groep). Individuele verwijzing werd veel effectiever bevonden vanwege de persoonlijke aanpak en omdat de zorgverlener reeds patiënten selecteerde volgens hun noden. Deze werkwijze was wel tijdsintensiever.

"Er hangen flyers rond en er wordt over gepraat, maar ik heb wel de indruk als ik het zelf ook nog een keer bij een patiënt ook aanbeveel, dat die nog veel sneller gaat gaan ook zo," (Z19, huisarts).

"De activiteiten zijn een beetje verstopt, zeg maar. Want ik, persoonlijk [...] wist ik niet dat dit bestaat," (P5, patiënt).*

Patiënten konden gemakkelijker gemotiveerd worden tijdens de verwijzing wanneer de activiteit aansloot bij hun interesses. Omgekeerd waren veel patiënten niet geïnteresseerd als ze de activiteit niet nodig of nuttig vonden. Belangrijk hier is om zeker te polsen naar onderliggende factoren die de motivatie van de patiënt bepalen. Een deel van de patiënten had onjuiste opvattingen over de activiteit, vond de activiteit confronterend, of stond (nog) niet open om zelf aan zijn gezondheid te werken. De informatie personaliseren volgens de vragen en zorgen van de patiënt zou deze barrières kunnen verlagen. Zo was er ook een groot aantal patiënten wiens klachten hen verhinderden om deel te nemen aan activiteiten, terwijl copingstijl hier een belangrijke invloed op heeft. Goede counseling bij deze patiënten zou hen kunnen overtuigen van de voordelige effecten van een activiteit op hun klachten.

"Als ge een atelier organiseert met een activiteit, da laagdrempelig werkt zoals samen koken, da herkenbaar is, wa ze sowieso veel van die vrouwen weten van "da kan ik", da geeft waardegevoel, en da koppelt aan een gezondheidsthema, dan gaat ge véél meer mensen hebben," (Z14, gezondheidspromotor).

"Het is jammer, want het zijn zij net die zouden moeten komen, maar ze blijven vastzitten in hun pijn, terwijl ze net elke week zouden moeten kunnen komen omdat [...] het hen gaat helpen," (Z10, yoga leerkracht).*

Het aantal patiënten dat na verwijzing ook effectief deelnam bleef bij de meeste activiteiten laag. Terwijl het succes van verwijzing voornamelijk afhing van de intrinsieke motivatie van de patiënt, werd participatie vooral belemmerd door externe, praktische factoren. Patiënten, vooral werkenden en ouders, benoemden het vaakst tijd als reden om niet deel te nemen. Zorgverleners merkten op dat niet zozeer een absoluut tijdstekort speelde, maar dat mensen moeite hadden om tijd te maken voor zichzelf, en dit evenmin werd aangemoedigd door hun omgeving. Patiënten hadden vaak andere zorgen en beschouwden de activiteit niet als prioriteit.

"Ik heb altijd afspraken hier en daar, en wanneer ik thuis kom heb ik soms de tijd niet meer om te ademen, want [dan] zijn er de kinderen," (P2, patiënt).*

"Een van de dingen dat ik leer [...] is dat mensen ontzettend veel aan hun hoofd hebben… hun leven ziet er toch nog net iets gecompliceerder uit dan dat van ons, en om daar dan prioriteit aan te geven, om naar een groep te komen, waar dat de oplossing ook niet gebeurt tijdens die groep, ale [...]. Ik denk dat dat niet zo evident is om daar voorrang aan te geven, om te zeggen van oké, dit moment neem ik voor mezelf. In de omgeving wordt dat ook niet altijd zo aangemoedigd," (Z4, gezondheidspromotor).

Gender en het al dan niet gemengd zijn van groepsactiviteiten bepaalden ook of patiënten deelnamen. Vooral vrouwen namen deel aan activiteiten, wat ook gereflecteerd werd in de steekproef van de studie en waardoor er weinig input van mannelijke deelnemers over dit onderwerp was om te gebruiken. Zorgverleners hadden verschillende verklaringen voor de oververtegenwoordiging van vrouwen. Vrouwen zouden vaker dan mannen consulteren in de praktijk, en de praktijkteams bestonden overwegend uit vrouwen, wat vermoedelijk meer aansluiting bij een vrouwelijk publiek

creëerde. Ook werden verschillende sociale en culturele barrières rond gender aangehaald door zorgverleners en patiënten. Sommigen dachten dat het aanbod onvoldoende was afgestemd op de interesses, verwachtingen en beschikbaarheden van mannen. Anderen nuanceerden dat mannen wellicht meer stigma ondervonden om – al dan niet professionele – hulp te vragen, zeker voor mentale problematiek. Andersom haakten regelmatig vrouwelijke (en soms mannelijke) patiënten af in gemengde groepsactiviteiten omdat ze zich niet op hun gemak voelden bij het ander geslacht, of het gevoel hadden dat ze hun gedrag aan de ander moesten aanpassen en zichzelf niet konden zijn. Twee zorgverleners vermoedden ook dat enkele deelnemers geen toestemming kregen van hun partner om deel te nemen aan een gemengde groep.

"Ah voor mannen? Zoals ik zei, misschien omdat ze werken of het hen niet interesseert," (P7, patiënt).*

"Toen ik daar ook huisarts was, deed daar [naam], een jonge mannelijke arts de mannengroepen, en da had wel veel aftrek. Ma da was een jonge mannelijke arts, misschien dat da ook euh, ja een impact had ja," (Z19, huisarts).

"Ik weet dat er vrouwen zijn die liever meer op hun gemak zijn [sic] wanneer ze onder vrouwen zijn. Dat heeft zelfs niets te maken met moslima zijn. Gewoon het feit dat je sport onder vrouwen, dat gaat veel mensen bevrijden die meer zullen komen op dat moment. Want als je hen zegt dat het gemengd zal zijn, "nee"…" (P11, patiënt).*

Ook de kostprijs diende volgens zorgverleners en patiënten in acht genomen te worden om geen patiënten uit te sluiten. Deze kost kon ook indirect zijn, zoals kosten voor transport of telefonie. In de deelnemende praktijken werden alle activiteiten gratis of aan een lage prijs aangeboden, wat als faciliterende factor werd benoemd. Er bestond geen consensus of activiteiten al dan niet gratis moesten zijn.

"Dat het betalend is, vormt toch nog een last. Alé, er zijn manieren om slechts die twee euro per sessie te betalen, en ik denk toch dat kosteloosheid niet per se de oplossing vormt," (Z10, yoga leerkracht).*

"Niet gratis gratis, maar zeg: "vrije bijdrage". Want op die manier, doe je toch… er is nog altijd die fierheid," (P10, patiënt).*

Barrières tot participatie werden verlaagd door enerzijds de activiteiten af te stemmen op patiënten, en anderzijds door extra begeleiding te voorzien. Activiteiten werden meestal aangepast aan de beoogde doelpopulatie. Zorgverleners ondersteunden en begeleidden regelmatig patiënten naar de activiteit. Soms overspande dit proces meerdere consulten, waarbij de patiënt bijvoorbeeld herhaaldelijk werd uitgenodigd of een voorafgaand intakegesprek volgde. Voor vele patiënten hielp het als iemand mee met hen deelnam aan de activiteit; dit kon zowel de zorgverlener zijn als de activiteitsbegeleider, of een vriend(in) als patiënt.

"Dat wij ons ook aanpassen naar wat de vraag is. [...] De volgende groep die we gaan starten, zal waarschijnlijk een avondgroep zijn, omdat dat zwangeren zijn die allemaal werken. Dus dat proberen we ook wel," (Z9, vroedvrouw).

"Ik wou niet komen, maar ondanks dat het slecht met me ging kreeg ik telefoontjes van ofwel mijn huisarts, ofwel van [de gezondheidspromotor]. Ze stond erop, en dat was wat ik nodig had: iemand die me ondersteunde," (P4, patiënt).*

"Da's al eens letterlijk geweest dat ik een patiënt eens tot boven heb gebracht voor dan de relaxatiesessies, zo een beetje de drempel verlagen ofzo," (Z19, huisarts).

In verschillende focusgroepen vertelde men dat eens een patiënt had deelgenomen aan een activiteit, het verderzetten ervan vlot verliep. De groepsinteractie, de begeleiding door de zorgverlener en het ondervonden effect van de activiteit speelden hierin de belangrijkste rol. Interacties tussen deelnemers onderling en met de begeleider bepaalden grotendeels de motivatie van patiënten om een activiteit voortzetten. De groepsinteractie tussen patiënten werd steevast als grootste motiverende factor beschreven. Volgende componenten van groepsinteracties kwamen het vaakst aan bod als facilitator[2]: herkenning bij of erkenning door de ander, kennis delen met elkaar, groepssfeer, elkaar ondersteunen, de groep vertrouwen en zich veilig voelen in groep, problemen delen, respect tonen en niet oordelen, en elkaar motiveren. Moeite om in groep problemen te delen was dan weer een reden voor patiënten om hun deelname stop te zetten. Sommige patiënten die initieel deze gêne voelden, waren wel vrij snel op hun gemak gesteld in de groep.

"Dat heeft me ook getoond dat ik niet de enige ben met pijn, ik ben niet gek in feite. Er zijn zo veel mensen die die met pijn leven," (P12, patiënt).*

"En voilà, dat dat dat zusterschap, de groepen, dat is ook aangenaam, vriendelijk, ze zijn allemaal heel vriendelijk, het respect vooral en het euh vertrouwen, en voilà een luisterend oor. Geen oordeel, terwijl hierbuiten altijd wordt geoordeeld," (P4, patiënt).*

"Er is slechts één meisje dat niet is teruggekomen, zij was de jongste onder ons. Maar zij kloeg dat ze moeite had om zich uit te drukken, om alles wat ze had te uiten," (P1, patiënt).*

Ook de kwaliteiten van de begeleidende zorgverleners bepaalden hoe vlot de groepsactiviteit verliep. Begeleiders pasten hiervoor verschillende technieken toe. Zelf uitleg geven kon, maar werd in de meeste situaties tot een minimum beperkt. De bedoeling was vooral om interactie tussen de deelnemers zelf te stimuleren en waar nodig de groep bij te sturen en vragen te beantwoorden. Andere eigenschappen die van begeleiders werden verwacht waren: respect tonen en niet oordelen, hiërarchie tussen zorgverlener en patiënt mijden (een gedeelde achtergrond met de patiënten droeg hiertoe bij), patiënten geruststellen en vertrouwen geven, en zo nodig de groep managen bij conflicten.

"Als je het als monoloog doet en je legt het uit, is het wat moeilijk en begrijpen ze het niet en zijn ze niet geïnteresseerd, snap je? [...] Het komt binnen omdat de ene tegen de ander spreekt, de ander tegen de ander en er ideeën worden uitgewisseld," (Z6, verpleegkundige).*

"Ze nemen dan inderdaad zoiets op en dan gaan ze aan elkaar vertellen waarom ze denken dat dat goed of niet goed is of hoe vaak of – voor dat je het weet, er is altijd wel iemand die ergens iets van weet, en dan hoef je zelf eigenlijk heel weinig uitleg te geven, enkel te bevestigen, of een beetje te sturen," (Z12, diëtist en diabeteseducator).

[2] Opgesomd van meer naar minder frequent aangehaald in de focusgroepen.

"Dat was een hele sterke feedback vond ik, ze zeggen van "ge moogt dat niet onderschatten wat jullie betekenen voor mensen omdat jullie ze niet oordelen"," (Z4, gezondheidspromotor).

Indien patiënten die reeds met de activiteit gestart waren toch afhaakten, lag dit meestal aan een tijdelijke onderbreking. Patiënten vonden het vervelend wanneer activiteiten onderbroken werden of ten einde liepen, en verkozen continue en meer frequente activiteiten. Zorgverleners ervaarden dat patiënten niet meer verschenen in kalmere periodes. Daarnaast bemerkten zorgverleners dat continuïteit wel nodig was om voldoende deelnemers te verzamelen en dat dit veel tijd vergde. Groepen bleven eerst gedurende lange tijd weinig deelnemers hebben, om vervolgens sneller aan te groeien eens ze een handvol deelnemers bereikten. Deze initiële fase kon zowel zorgverleners als patiënten demotiveren om verder te gaan met de activiteit. Enkele praktijken contacteerden uitgevallen patiënten om hen opnieuw te stimuleren tot deelname, wat soms hielp en door patiënten op prijs werd gesteld. Ook werd voorgesteld contactmomenten bij de huisarts hiervoor te benutten, maar dit bleek in de praktijk vaak moeilijk.

"Vooral nu, bon het is iets stom, maar ter illustratie: laat ons zeggen dat het nu ramadan is, en dan heb je enkele weken voor de zomer, dan is er de zomer, en dan, zie je: het klopt dat het moeilijk is om het telkens weer op de rails te krijgen," (Z18, onthaalmedewerker).*

"En als ze iemand geruime tijd niet zien omdat we het moeilijk hebben of we niet goed meer kunnen stappen of wat dan ook, dan vragen ze om nieuws, dan bellen ze en vragen ze "gaat het?" en dat is echt fijn, echt waar," (P12, patiënt).*

3.4 Rol huisartsenpraktijk

Patiënten en zorgverleners vonden het zinvol om groepsactiviteiten in een huisartsenpraktijk te organiseren. Door hun medische achtergrond en band met de patiënt werden eerstelijnszorgverleners gezien als de aangewezen persoon om een patiënt te koppelen aan een activiteit. Zo stelt hun positie hen namelijk in staat om personen te selecteren die baat kunnen hebben bij een activiteit. Daarnaast heeft de zorgverlener een belangrijke rol in het motiveren van zijn patiënt, wat gefaciliteerd wordt door hun vertrouwensrelatie.

"De huisarts kent je. Hij weet wat je nodigt hebt en raadt aan om die of die te zien, snap je," (P5, patiënt).*

"Ik denk dat als het de arts is die het zegt aan zijn patiënt die zich op dat moment niet goed voelt, dat het meer impact zal hebben," (P9, patiënt).*

"Wat de meerwaarde is dat dat hier in zo'n praktijk is, is dat ge de vertrouwensrelatie hebt, dat ge een ingangspoort hebt, dat ge een groep kunt samenstellen. Want ik denk dat er hier, als ik zie in de wijk, tien andere verenigingen zijn, die heel goed zijn daarin, (...) die kunnen heel goed met groepen werken. Maar om de groep samen te stellen, en dat is denk ik hier ook het grote werk, heb je al die vertrouwensrelatie nodig," (Z4, gezondheidspromotor).

Er werd besproken of de activiteit dan ook in of via de praktijk hoorde georganiseerd te worden. Deelnemers beargumenteerden dat de praktijk beter in staat was om patiënten aan te trekken door zijn nabijheid en laagdrempeligheid. Zorgverleners vonden ook dat de praktijk zich onderscheidde van andere organisaties door de activiteiten medisch te onderbouwen, en dat uitgevallen patiënten gemakkelijker opnieuw bereikt werden. De huisartsenpraktijk werd beschouwd als een vertrouwde

plek waar patiënten zich veilig voelden en sneller durven deelnemen aan iets wat voor hen onbekend is. Er werd ook één groot nadeel aangehaald: de activiteiten waren vaak bedoeld om patiënten autonomer te maken en te integreren, maar doordat velen zich comfortabel voelden bij het aanbod in de praktijk, bleef het voor hen moeilijk om de stap te zetten naar externe activiteiten.

"In feite, mijn persoonlijke visie als dat wanneer het niet goed gaat met iemand, ze hun arts gaan zien. In het algemeen vertrouwen ze hun arts, en euh hij gaat hen advies kunnen geven om het beter te stellen. [...] Als de praktijk zo'n soort activiteiten organiseert, ja dat komt perfect uit, dan kunnen ze dat organiseren," (P9, patiënt).*

"Ik denk dat het beter werkt als het hier doorgaat, dan wanneer je je moet verplaatsen zoals bij de sportzaal. Dat is al een drempel [...], het feit dat, dat het buiten deze muren is," (Z8, gezondheidspromotor).*

"Het is zelfs voor veel mensen belangrijk om ze wél buiten de praktijk te krijgen. We hebben heel veel sociaal geïsoleerde mensen waar de eerste stap wel in eerste instantie goed is, da ze hier kunnen deelnemen, maar waar het heel moeilijk vond om ze ook ietske meer in de wijk of in de … ingebed te krijgen," (Z20, psycholoog).

4. Discussie en conclusie

Deze studie onderzocht hoe huisartsenpraktijken in maatschappelijk kwetsbare wijken op een duurzame manier groepsactiviteiten kunnen organiseren aan de hand van de ervaringen van zorgverleners en patiënten in verschillende buurten in het BHG. Om op deze vraag te antwoorden werd ze opgesplitst in verschillende deelvragen. Deze peilden naar het aanbod, het doel en de effecten van groepsactiviteiten in de praktijk, de rol van de huisartsenpraktijk in het organiseren van groepsactiviteiten en de factoren die een duurzame implementatie van groepsactiviteiten faciliteren of belemmeren. In dit hoofdstuk volgt de bespreking van de bevindingen per vraag gekoppeld aan de huidige literatuur, samen met aanbevelingen voor andere huisartsenpraktijken, een weergave van de sterktes en zwaktes van de studie, mogelijkheden voor toekomstig onderzoek en de conclusie.

4.1 Bespreking

Hieronder zal het aanbod aan groepsactiviteiten en hun doel in vier Brusselse groepspraktijken geschetst worden, gevolgd door de effecten die de patiënten en zorgverleners ervan ondervinden, en hoe ze de rol van de huisartsenpraktijk zien in het organiseren van groepsactiviteiten. Met deze informatie als achtergrond wordt vervolgens besproken wat de duurzaamheid en het succes van groepsactiviteiten bepaalt. Dit laatste luik bestaat uit vier pijlers die de basis vormen voor de aanbevelingen van deze studie.

Vier verschillende groepspraktijken in het BHG integreerden groepspraktijken gezondheidspromotie in hun werking met als doel om tegemoet te komen aan de noden van een maatschappelijk kwetsbare patiëntenpopulatie. Deze praktijken bevinden zich in socio-economisch achtergestelde buurten in Anderlecht, Molenbeek en Schaarbeek, waar door de sociale gradiënt inwoners vaker in een slechtere gezondheid leven en de nood aan gezondheidspromotie groter is (5,7). Men organiseert groepsactiviteiten voor patiënten, bestaande uit een gevarieerd aanbod aan praat-, beweeg- en hobbygroepen, interactieve vormingen en uitstappen. Deze zijn veelal gericht op preventieve gezondheidsthema's die relevant zijn voor de buurtbewoners, met een focus op mensen die leven met chronische aandoeningen, psychologische gezondheidsproblemen of in sociale isolatie. Dezelfde opzet vindt men terug bij andere vormen van gezondheidspromotie zoals social prescribing (20,21,29,42), CHW (31) en BOV (33). Afhankelijk van de gekozen activiteit wordt al dan niet een specifieke doelgroep geviseerd, vb. een kookworkshop voor diabetespatiënten tegenover een wandelgroep voor iedereen. Meestal proberen zorgverleners actief hun kwetsbare populatie aan te trekken, maar houden zij de activiteiten ook open voor andere patiënten om een sociale mix te creëren. Dit komt overeen met het proportioneel universalisme, waarbij er in verhouding meer inspanning wordt geleverd voor kwetsbaardere groepen om de sociale gradiënt in gezondheidsongelijkheid te verlagen (7).

Qua effecten hebben groepsactiviteiten een positieve invloed op verschillende gezondheids-determinanten zoals gezondheidsgedrag, -vaardigheden, -attitudes en opvattingen, sociaal welzijn en uiteindelijk ook de eigen ervaren fysieke en mentale gezondheid. De sociale interactie tussen deelnemers en het groepsgevoel was een van de belangrijkste positieve bevindingen, wat patiënten ook motiveert om de activiteit voort te zetten. Het vormen van een sociaal netwerk staat ook op de voorgrond in ander onderzoek over groepsactiviteiten in de praktijk (11–15) en is bij social prescribing pivotaal om motivatie, empowerment en welzijn te verbeteren (43). Voor patiënten spelen de positieve ervaringen, de begeleider en diens kwaliteiten een belangrijke motiverende rol, wat ook uit studies naar groepsactiviteiten en social prescribing blijkt (12,13,18). De impact op de autonomie van patiënten varieert. Indien patiënten geen autonomie verwerven doorheen het traject, blijven

langetermijneffecten uit. Deze terugval treedt volgens een studie naar social prescribing op indien de patiënt geen eigen netwerk kan ontwikkelen dat onafhankelijk is van zijn zorgverlener (43). Zorgverleners leren patiënten beter begrijpen en leren van hen bij. Zij ondervinden ook een ontlasting van de klassieke consultaties door deze intensievere begeleiding en preventieve werking. Ook het gebruik van social prescribing leidt tot een vermindering in consumptie van eerstelijnszorg en spoedgevallendiensten (25,42).

Huisartsenpraktijken hebben een belangrijke rol in de organisatie van groepsactiviteiten, omdat ze op verschillende manieren de drempels tot deelname verlagen voor kwetsbare mensen die anders niet bereikt worden voor gezondheidsbevorderende interventies. Eerstelijnszorgverleners spelen een cruciale rol in gezondheidspromotie en preventie, en doen dit vooral op individueel niveau (44). De huisarts is zeer geschikt dankzij zijn vertrouwensrelatie met de patiënt en zijn kennis van diens medische achtergrond om aan case finding te doen en patiënten persoonsgericht te motiveren en te begeleiden naar activiteiten, wat ook uit onderzoek naar counseling rond fysieke activiteit blijkt (45). Door de continuïteit van de arts-patiëntrelatie kan hij personen die stoppen met een traject weer oppikken en ondersteunen, en op die manier uitval tegengaan. Patiënten zullen na doorverwijzing door hun huisarts sneller deelnemen aan een activiteit indien deze verbonden is aan de huisartsenpraktijk, omwille van diens nabijheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid en vertrouwde omgeving. Gezondheidsbevorderende activiteiten voelen ook als medisch legitiem en betrouwbaar aan wanneer ze door zorgprofessionals worden georganiseerd (45). De uitdaging is om gezondheidspromotie niet alleen individueel aan te bieden, maar ook op een lokaal populatieniveau of wijkniveau te implementeren (10). Eerstelijnszorgverleners kunnen hier een brugfunctie uitvoeren, omdat ze het profiel van de buurtbewoners kennen en inzicht hebben in de lokale sociale problemen die gezondheidsongelijkheden beïnvloeden (10). Het implementeren van groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk afgestemd op individuele en lokale noden faciliteert dus de integratie van gezondheidspromotie op wijkniveau. Een tegenargument voor de organisatie van activiteiten binnen de praktijk is dat een van de doelen is om geïsoleerde patiënten meer in te bedden in de wijk en autonomie te bevorderen. Een laagdrempelig en beschikbaar aanbod binnenin de huisartsenpraktijk kan patiënten verhinderen om alternatieve netwerken te ontwikkelen, wat de kans verlaagt op een duurzame impact op hun gezondheidsdeterminanten (43).

De duurzaamheid van een project hangt af van vele factoren, dewelke gebundeld kunnen worden onder vier grote pijlers: vraaggestuurde werking, begeleiding, medewerkers en locatie. De factoren liggen in lijn met de bestaande literatuur, waaronder de vooropgestelde criteria van Het Vlaams Instituut Gezond Leven (46) voor een toegankelijk preventief gezondheidsaanbod en van Husk et al. (18) voor social prescribing (18).

Ten eerste dient een activiteit opgezet te worden rekening houdend met de *noden* en *interesses* van patiënten, alsook de *drempels* tot deelname. Het is essentieel om op voorhand de *nood* aan een activiteit rond een bepaald thema te bevragen bij patiënten. Zorgverleners kunnen verkeerdelijk een groepsactiviteit opstarten naar aanleiding van een behoefte die zij zelf identificeren, maar als patiënten die anders ervaren, zal het project een lage opkomst kennen. Naast een bepaalde nood, dienen patiënten ook *interesse* te hebben in een activiteit of in een activiteit georganiseerd in de huisartsenpraktijk. Zo verkiezen jongeren volgens zorgverleners activiteiten buiten de praktijk, omdat hun leefwereld minder raakvlakken heeft met de praktijk of de zorgverleners. Een thema of activiteit moet bruikbaar en relevant zijn voor patiënten om aantrekkelijk te zijn (46). Een infosessie over

gezonde voeding zal minder aansluiting vinden bij het doelpubliek dan een kookworkshop waarin patiënten mee het menu bepalen. Noden en interesses dienen dus op voorhand bevraagd te worden bij patiënten alvorens een activiteit aan te bieden. Nog beter is om via een bottom-up werking patiënten mee vorm te laten geven aan activiteiten, wat ook in andere projecten een succesvolle formule vormt (12,13,15). Ook is het belangrijk om zich bewust te zijn van *drempels* bij patiënten om deel te nemen, om deze waar mogelijk te verlagen. De drempels hebben vooral betrekking op beschikbaarheid van tijd en financiële of psychologische betaalbaarheid (46). Zo zijn patiënten het vaakst verhinderd om deel te nemen door het tijdstip van de activiteit, omdat ze hierop niet vrij zijn. Het meest geschikte tijdstip voor patiënten varieert per groep (vb. werkende mensen, ouders met kinderen) en wordt vaak door de praktijk afgestemd op de beoogde doelgroep. Daarnaast moet een activiteit financieel betaalbaar zijn, waarbij ook indirecte kosten zoals transport in rekening gebracht dienen te worden. De psychologische drempels die patiënten ervaren tot deelname zijn te wijten aan mentale beschikbaarheid, gezondheidsklachten en gendernormen. Patiënten zijn niet altijd mentaal beschikbaar voor een activiteit omwille van andere zorgen of verplichtingen in hun leven, of zijn bezorgd dat hun gezondheidstoestand hen niet toelaat om te participeren. Om deze groep te motiveren is extra ondersteuning door zorgverleners nodig, maar zorgverleners proberen hen hierin ook tegemoet te komen door activiteiten inclusiever te maken; zo voorziet men in beweeggroepen aangepaste oefeningen voor mensen met pijnklachten of een beperkte mobiliteit. Ook sociale en culturele gendernormen vormen een psychologische drempel voor zowel mannen als vrouwen. Het gemengd zijn van groepen verhoogt de drempel tot participatie voor vrouwen, voornamelijk bij sportactiviteiten. Het huidige aanbod is onvoldoende afgestemd op de interesses, verwachtingen en beschikbaarheden van mannen, en zij ondervinden meer stigma om deel te nemen. De bevindingen rond gender dienen echter met omzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien er weinig input is van mannelijke deelnemers in deze studie. Studies naar de invloed van gender op sport- en vrijetijdsparticipatie bevestigen dat de drijfveren voor deelname verschillen per geslacht (47,48), dat vrouwen minder vaak participeren indien sportgroepen gemengd zijn (47), en dat de tijdstippen waarop mannen en vrouwen beschikbaar zijn verschillen van elkaar (48).

Ten tweede is *begeleiding* cruciaal voor patiënten met een kwetsbare achtergrond die meer moeite ondervinden om de stap te zetten richting een activiteit. Ondersteuning is op elk moment belangrijk: vanaf het bekend maken van het aanbod tot deelname en outreach bij eventuele uitval. Deze bevindingen komen overeen met studies over social prescribing en *Centering Pregnancy*[3], waarin persoonsgerichte communicatie en ondersteuning centraal staan in elke fase voor, tijdens of na deelname (18,49). In de praktijken wordt het aanbod zowel via collectieve als individuele communicatie bekend gemaakt. Beide methodes zijn nodig om patiënten te bereiken, maar vooral individuele, persoonsgerichte uitnodigingen door een zorgverlener of vriend(in) slagen hierin. Verschillende groepen verkiezen verschillende communicatiemiddelen; zo kiezen jongeren vb. voor de praktijkwebsite en ouderen voor mond-tot-mondreclame. Belangrijk is dat het medium aangepast is aan de lagere health literacy van de praktijkpopulatie. Ook het Vlaams Instituut Gezond Leven beveelt aan om een activiteit kenbaar te maken bij patiënten op een begrijpelijke manier en via kanalen waar patiënten bekend mee zijn, en stelt dat dit meer tijd en moeite vergt bij een maatschappelijk kwetsbare praktijkpopulatie (46). Zo is Whatsapp zeer populair onder patiënten, gezien ze ongeacht hun leeftijd en afkomst gekend zijn met het platform en taalbarrières verlaagd worden via spraakberichten en

[3] Centering Pregnancy is een persoonsgericht zorgmodel waarbij vrouwen tijdens hun zwangerschap in groep worden opgevolgd en begeleid (49).

vertalingen door andere groepsleden of de thuisomgeving. Whatsapp wordt steeds vaker als communicatiemiddel toegepast tussen arts en patiënt omwille van zijn gebruiksgemak, maar wordt sterk afgeraden gezien patiëntgegevens onvoldoende beschermd worden (50,51). Er bestaan veiligere, maar minder bekende instant messaging apps als alternatief (51). Voor meer kwetsbare groepen wordt naast een uitnodiging vaak intensievere begeleiding voorzien, wat ook volgens andere studies de stap tot deelname faciliteert (12,13,18,52). Zo is er bijvoorbeeld een groep patiënten die vanwege hun slechte gezondheid niet durft deelnemen: net deze groep heeft baat bij een groepsactiviteit waar ze kunnen leren om tijd te nemen voor zichzelf en betere copingmechanismen te ontwikkelen voor hun klachten of problemen. Zorgverleners intensiveren hun begeleiding bij deze patiënten aan de hand van herhaaldelijke uitnodigingen, het verkennen van cognities en verwachtingen, motiverende gespreksvoering tot het vergezellen van de patiënt naar en/of tijdens de activiteit. Ook informele begeleiding door een vriend(in) kan de drempel tot deelname verlagen. Deze methode van outreachend werken biedt ook continuïteit, maar legt tevens de beperkte autonomie van kwetsbare patiënten bloot, iets wat in andere studies ook opvalt (11,15). Zo ondervinden patiënten veel moeite om zelf een activiteit te hernemen na een onderbreking. Zijzelf vinden dat de praktijk meer continuïteit moet voorzien in hun aanbod. Zorgverleners investeerden dan weer veel energie in outreach om hiermee (met succes) uitval tegen te gaan. Enkele praktijken proberen in te zetten op patient empowerment door hen ook naar externe organisaties en activiteiten in de buurt te begeleiden.

Ten derde is de organisatie en uitvoering van projecten tijdsintensief, wat een voldoende groot *team* vergt dat de nodige tijd ter beschikking kan stellen. De organisatie is daarom vooral haalbaar in multidisciplinaire groepspraktijken, zowel binnen een forfaitair financieringssysteem als per prestatie, mits ondersteuning via subsidies. Twee evoluties in het BHG zijn hier relevant: Brusselse huisartsen groeperen zich steeds vaker in grote groepspraktijken, en het is vooral in de armere, dichtbevolkte wijken dat zich grote groepspraktijken bevinden en praktijken werkend volgens het forfaitair systeem (16). Het is belangrijk om werknemers die rechtstreeks met de groepen werken hiervoor op te leiden in een groepsmethodiek zoals *Centering Pregnancy* of de *Goed-Gevoel-Stoel* (40,41). Omdat het aantal deelnemers toeneemt wanneer andere collega's in de praktijk actief helpen in de verwijzing en begeleiding van patiënten naar de activiteit, betrekt het team via sensibilisering ook andere collega's in het project die geen rechtstreeks contact met de groepen hebben. Hiervoor moeten collega's overtuigd zijn van het nut van het project, maar ook op regelmatige basis aangesproken, geïnformeerd en gestimuleerd worden om voldoende doorverwijzingen te bekomen. Deze bevindingen liggen in lijn met verschillende studies waarin de betrokkenheid van de zorgverleners (12,13,18,52) en de competenties van de begeleiders (18,46,52) het succes van een interventie beïnvloeden. De zorgverleners pleiten ook voor samenwerking met lokale buurtorganisaties, vrijwilligers of andere praktijken, wat ook bij andere studies voordelig blijkt (12,13,15). Ook de WHO benadrukt het nut van integratie en samenwerkingsverbanden vanuit de eerstelijn voor gezondheidsbevorderende projecten (10). Deze symbiose creëert in de praktijken enerzijds een oplossing voor praktische gebreken waar zij op stoten zoals een gebrek aan tijd, mankracht, expertise of een geschikte locatie. Anderzijds kan op deze manier de praktijk een brugfunctie vormen naar externe activiteiten en patiënten zo meer integreren in hun wijk.

Ten laatste bepalen de *locatie* en infrastructuur de toegankelijkheid van een activiteit voor patiënten, wat volgens Husk et al. (18) noodzakelijk is voor participatie (18). De omgeving waarin de activiteit plaatsvindt moet vertrouwd en veilig aanvoelen, waarbij de privacy van patiënten gewaarborgd wordt, wat zeker bij fysieke activiteiten en gevoelige thema's een grote rol speelt. Een locatie is

laagdrempeliger indien hij vlot bereikbaar is en toegankelijk voor mensen met een beperkte mobiliteit is. Patiënten verkiezen vooral de praktijk zelf als locatie voor activiteiten gezien deze nabij gelegen is en zij zich reeds vertrouwd voelen met de omgeving en zorgverleners. De invloed van de vertrouwheid en toegankelijkheid van de locatie wordt ook in vorig onderzoek aangehaald (25,46,52).

4.2 Aanbevelingen

Bovenstaande bevindingen staan samengevat in enkele aanbevelingen (Tabel 3), waarmee een antwoord wordt geformuleerd op de onderzoeksvraag: "Hoe kunnen huisartsenpraktijken in maatschappelijk kwetsbare wijken op een duurzame manier patiëntgerichte groepsactiviteiten organiseren?". De aanbevelingen bestaan uit vier pijlers: vraaggestuurde werking, begeleiding, teamengagement en locatie. Ten eerste dient men vraaggestuurd te werken, wat inhoudt dat de patiëntendoelgroep mee betrokken wordt in de ontwikkeling en implementatie van een project. De zorgverleners brengen in kaart aan welke gezondheidsinitiatieven patiënten nood hebben, welke activiteiten hen interesseren en welke drempels ze ervaren om deel te nemen. Patiënten ervaren vooral drempels rond tijd, financiële kost, mentale beschikbaarheid, gezondheidsklachten en gendernormen. Het hierop afstemmen van de activiteit kan participatie verhogen. Ten tweede nemen patiënten vaker deel en vallen ze minder uit indien ze voldoende begeleiding krijgen. Zorgverleners maken gebruik van collectieve en individuele uitnodigingen aangepast aan de gezondheidsvaardigheden van de doelgroep. Minder autonome en minder gemotiveerde patiënten worden op verschillende manieren ondersteund en gemotiveerd. Voorbeelden hiervan zijn outreachend werken, verkennen van zorgen en verwachtingen, motiverende gespreksvoering en fysieke begeleiding naar de activiteit. Continuïteit in het aanbod en outreachend werken kunnen uitval beperken. Om ook op lange termijn een impact te behouden worden patiënten idealiter in contact gebracht met externe activiteiten buiten de praktijk. Ten derde zijn de organisatie en uitvoering tijdsintensief. Medewerkers moeten hiervoor voldoende tijd kunnen vrijmaken. De direct betrokken

- **Vraaggestuurde werking**
  - Ontwikkel een activiteit in samenspraak met patiënten
  - Identificeer de noden en interesses van patiënten en stem de activiteit hierop af
  - Identificeer drempels tot participatie en stem de activiteit hierop af
    vb. tijd, kost, mentale beschikbaarheid, gezondheidsklachten, gendernormen
- **Begeleiding**
  - Gebruik verwijsmethodes aangepast aan de gezondheidsvaardigheden van patiënten
  - Begeleiding patiënten via een persoonsgerichte aanpak richting deelname
  - Voorzie continuïteit voor weinig autonome patiënten
    vb. via outreachend werken, continuïteit in het aanbod of begeleiding naar externe activiteiten
- **Teamengagement**
  - De organisatie en uitvoering zijn tijdsintensief
  - Voorzie vorming van zorgverleners die de groepen begeleiden
  - Sensibiliseer en motiveer het volledige team
  - Werk eventueel samen met externe partners in de buurt
- **Locatie**
  - Kies een vertrouwde, veilige, bereikbare en toegankelijke locatie

Tabel 3: Adviezen voor het organiseren van een duurzame groepsactiviteit in de huisartsenpraktijk.

zorgverleners die de activiteiten uitvoeren volgen best een vorming rond groepswerking. Wanneer het volledige praktijkteam regelmatig gesensibiliseerd wordt en overtuigd is van het nut van het project, worden meer patiënten actief uitnodigd en begeleid, en ligt participatie hoger. Zowel voor de organisatie als uitvoering kan het nuttig zijn samen te werken met lokale buurtpartners. Tenslotte bepaalt ook de locatie van de activiteit zijn toegankelijkheid. Patiënten verkiezen een vertrouwde omgeving waar hun privacy wordt gerespecteerd, die veilig aanvoelt, nabij of vlot bereikbaar is en toegankelijk is voor mensen met een beperkte mobiliteit.

4.3 Sterktes en zwaktes

Dit is de eerste studie die groepsactiviteiten voor patiënten georganiseerd door de huisartsenpraktijk in het BHG bestudeert, met een focus op socio-economisch achtergestelde wijken. Door de keuze voor maatschappelijk kwetsbare buurten zijn de resultaten mogelijks niet extrapoleerbaar naar praktijken die zich in rijkere wijken of buiten het BHG bevinden, maar dit is ook niet het doel van de studie. Door het gebruik van realist evaluation en CAIMeR wordt dit ook geminimaliseerd, gezien de hiermee geïdentificeerde mechanismen doorgaans overdraagbaar zijn. In het verleden onderzochten enkele masterproeven van de opleiding huisartsengeneeskunde groepsactiviteiten voor patiënten, maar deze beperkten zich elk tot één project in één praktijk en kenden een laag aantal studiedeelnemers, die enkel uit patiënten bestonden (11–15). Voor deze studie werd bewust gekozen om meerdere praktijken en projecten op te nemen, en om zowel perspectieven van patiënten als van zorgverleners te verkennen. Zo kan men meer deelnemers verzamelen en de bekomen data aftoetsen en vergelijken tussen verschillende praktijken enerzijds en tussen patiënten en zorgverleners anderzijds, wat de bevindingen betrouwbaarder maakt. Ook nemen praktijken uit verschillende buurten deel die zowel Nederlands- als Franstalige projecten omvatten, wat een gevarieerd beeld geeft.

Er vond uitval plaats in twee praktijken bij de uitvoering van de focusgroepen. In de kleinste praktijk bestond de focusgroep met zorgverleners slechts uit drie deelnemers, wat moeilijk kon voorkomen worden vanwege de praktijkgrootte. De focusgroep in deze kleine, niet-forfataire praktijk leverde wel voldoende interactie en relevante inzichten op, en maakte de vergelijking mogelijk met de andere deelnemende praktijken die groter en forfaitair waren. Daarom was deze focusgroep wel waardevol en werd ze mee opgenomen in de analyse. In een andere praktijk kwamen er ondanks flyeren en een persoonlijke uitnodiging door de onderzoeker geen patiënten naar de focusgroep. Het was onduidelijk in welke mate zorgverleners van deze praktijk patiënten mee hadden gemotiveerd en herinnerd aan de focusgroep; vermoedelijk speelde dit mee in de lage opkomst. Initieel trachtte deze studie drie praktijken te rekruteren, maar om deze uitval te compenseren werd een vierde praktijk geïncludeerd, waardoor datasaturatie werd bekomen. De bekomen steekproef in dit onderzoek is gevarieerd: zorgverleners met verschillende beroepen worden vertegenwoordigd, alsook patiënten met uiteenlopende profielen qua leeftijd, werksituatie, opleidingsniveau en etnische afkomst. De steekproef is minder divers wat betreft geslacht: de grote meerderheid van de deelnemers is vrouw. Dit onevenwicht valt te verklaren doordat weinig mannen deelnemen aan de groepsactiviteiten, en in Brusselse groepspraktijken overwegend vrouwen werken (16). Qua bias kan er onder de studiedeelnemers mogelijks een volunteer bias aanwezig zijn doordat praktijken en personen die positiever staan tegenover groepsactiviteiten meer geneigd kunnen zijn deel te nemen aan de studie. De steekproef bevatte wel deelnemers die activiteiten hadden onderbroken of negatieve aspecten belichtten, wat nuancering creëerde. Een valkuil van deze masterproef is dat ze de ervaren effecten schetst van patiënten en zorgverleners om de context van groepsactiviteiten te kunnen kaderen. Of er een significant effect is, heeft deze studie niet gemeten. De uitspraken rond ervaren effecten dienen

daarom met omzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Studies die effecten van social prescribing hebben gemeten, melden positieve effecten op fysiek, mentaal en sociaal welzijn, maar telkens met een lage bewijskracht door gebrek aan een robuuste methodologie (19,23–26,53). De verschillende sterktes van deze studie, in combinatie met enkele zwaktes die waar mogelijk gecompenseerd werden, maken de bevindingen voldoende betrouwbaar en representatief voor praktijken in socio-economisch kwetsbare buurten in het BHG.

4.4 Toekomstig onderzoek

Er zijn verschillende thema's rond groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk waar toekomstig onderzoek zich op kan toespitsen. Momenteel is er een studie lopende van Yoga In Healthcare over de effecten van yoga-activiteiten in een groep huisartsenpraktijken in regio Brussel (52). Andere relevante onderzoeksmogelijkheden zijn een kosten-effectiviteitstudie of een vergelijkende impactstudie in Belgische huisartsenpraktijken om de effecten van groepsactiviteiten te meten. Ook kan het interessant zijn om een interviewstudie uit te voeren bij (niet-participerende) mannen, gezien gendernormen een belangijke drempel vormden tot participatie en zo onderzocht kan worden in welke omstandigheden zij wel interesse zouden hebben of zouden deelnemen aan activiteiten. Daarnaast kan men verschillende perspectieven onderzoeken door een gelijkaardige focusgroepstudie in een andere context uit te voeren, vb. in residentiële in plaats van grootstedelijke gebieden, in rijkere in plaats van armere buurten, of in praktijken die (nog) geen activiteiten organiseren. Verder kunnen de rollen van de verschillende zorgdisciplines in het opzetten en uitvoeren van groepsactiviteiten onderzocht worden, zoals die van de gezondheidspromotor en CHWs. De gezondheidspromotor is ideaal geplaatst om preventie te integreren in de praktijk (10) en CHWs zijn momenteel nog onderbenut, hoewel zij net een informeel zorgnetwerk bieden voor patiënten en de link zouden kunnen vormen tussen de dokterspraktijk en het buurtnetwerk (54). Ook de mogelijkheden van samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpraktijken en buurtorganisaties verdienen meer verdieping.

4.5 Conclusie

Deze studie heeft onderzocht hoe huisartsenpraktijken in maatschappelijk kwetsbare wijken op een duurzame manier patiëntgerichte groepsactiviteiten kunnen organiseren aan de hand van de ervaringen van zorgverleners en patiënten in het BHG. Er is een gevarieerd aanbod aan groepsactiviteiten, gericht op preventieve gezondheidsthema's en chronische aandoeningen, afgestemd op de noden in de buurt. Deze interventies hebben mede dankzij het groepseffect een positieve invloed op verschillende gezondheidsdeterminanten, de ervaren fysieke gezondheid en het psychologisch en sociaal welzijn van patiënten. De huisartsenpraktijk speelt door zijn laagdrempeligheid een belangrijke rol in het aanbieden van groepsactiviteiten voor kwetsbare patiënten, die anders niet bereikt worden door gezondheidsbevorderende initiatieven. De uitdaging blijft echter om deze patiënten voldoende autonoom te krijgen om ook op lange termijn positieve effecten te behouden. Deze studie stelt vier pijlers voorop waaraan men moet voldoen om duurzaam groepsactiviteiten te implementeren in de praktijk; 1) groepsactiviteiten moeten vraaggestuurd ontwikkeld worden; 2) men dient persoonsgerichte begeleiding te voorzien; 3) het volledige zorgteam moet actief betrokken worden in het project, en 4) de omgeving waarin de activiteit plaatsvindt hoort vertrouwd, nabij en toegankelijk te zijn voor patiënten. Samenwerkingsverbanden binnenin de wijk kunnen de werking versterken. Met deze aanbevelingen vormt de studie een leidraad voor huisartsenpraktijken die groepsactiviteiten willen organiseren in de toekomst.

5. Referenties

1. De Maeseneer J, Van Weel C, Daeren L, Leyns C, Decat P, Boeckxstaens P, et al. From "patient" to "person" to "people": the need for integrated, people-centered healthcare. Int J Pers Cent Med. 2012;2(3):601–14.
2. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021 Dec 23;36(6):1578–98.
3. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021 Oct;199:20–4.
4. Costa R, De Valk HAG. Socio-spatial Disparities in Brussels and its Hinterland. In: Urban Socio-Economic Segregation and Income Inequality. Springer, Cham; 2021. p. 271–91.
5. Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse. Wijkmonitoring [Internet]. [cited 2022 Aug 9]. Available from: https://wijkmonitoring.brussels/
6. Statbel. Average income in Belgium reached 19,671 euros in 2020. [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://statbel.fgov.be/en/themes/households/taxable-income
7. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. 2019.
8. Beleidsplan eerstelijnszone BruZEL [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Sep 6]. Available from: https://www.huisvoorgezondheid.be/wp-content/uploads/2020/01/BeleidsplanBruZEL2020-2021.pdf
9. Vanmechelen O, Vermeulen S. Brusselse wegwijzer in welzijn en zorg. 2020.
10. World Health Organization. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2022 Aug 9]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration
11. Eeckhaut L, Rogiers R, Deveugele M. Beleving van de training 'Zorg voor jezelf' door verschillende patiëntengroepen van het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort.' Universitieit Gent; 2012.
12. Van Rillaer L, Decat P. Bewegingspromotie in de gemeenschap ondersteund door de huisartsenpraktijk: waarom is sporten in groep zo'n succesverhaal? Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Gent;
13. Van Brandt A, De Lepeleere S, Decat P. Promotie van gezonde voeding op wijkniveau: van actie naar interactie. Universiteit Gent;
14. De Nys C, Decat P. Zijn peer sessies met hoog risicopatiënten waardevol als onderdeel van de cardiovasculaire preventie in een huisartspraktijk? 2019.
15. Schaubroeck E, Vanneste D, Decat P. Wijkwelzijn en preventie: community based intervention brengt beweging in beweging. Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven;
16. Missinne S, Luyten S. Huisartsen in het Brussels gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten? 2018.
17. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Welzijnsbarometer 2021. 2022.
18. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. Health Soc Care Community. 2020 Mar 9;28(2):309–24.
19. Liebmann M, Pitman A, Hsueh YC, Bertotti M, Pearce E. Do people perceive benefits in the use of social prescribing to address loneliness and/or social isolation? A qualitative meta-synthesis of the literature. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 19;22(1):1264.

20. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. BMJ Glob Health. 2022;7(5).
21. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. BMJ Open. 2017 Jul 16;7(7):e015203.
22. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. Arts Health. 2018 May 4;10(2):97–123.
23. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open. 2017;7(4):e013384.
24. Costa A, Sousa CJ, Seabra PRC, Virgolino A, Santos O, Lopes J, et al. Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review. Sustainability. 2021 Mar 3;13(5):2731.
25. Grover S, Sandhu P, Nijjar GS, Percival A, Chudyk AM, Liang J, et al. Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. Public Health. 2023 May;218:197–207.
26. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. Int J Environ Res Public Health. 2021 May 15;18(10):5276.
27. Sandhu S, Lian T, Drake C, Moffatt S, Wildman J, Wildman J. Intervention components of link worker social prescribing programmes: A scoping review. Health Soc Care Community. 2022 Nov;30(6).
28. World Health Organization. Promoting physical activity through primary health care: a toolkit. 2021;
29. NHS England. Personalised Care: social prescribing and community-based support. Summary guide. 2020.
30. Verté EW. Caring for care. The development of the INClusive Care framework. 2017.
31. Masquillier C, Cosaert T, Wouters E. Community health workers in België - rapport 2021. Antwerpen; 2021.
32. Vrancken D, Verdonck P. Bewegen op Verwijzing. Van het dokterskabinet naar de sportkleedkamer. Huisarts Nu. 2018 Sep;5:218–22.
33. Maes I, Mertens L, Dyck D, Van Acker R, Demeyer D, Govaerts F, et al. Bewegen op Verwijzing, ook voor kwetsbare groepen! Evaluatie van het project in Vlaanderen en Brussel. 2020 Oct;
34. Mercer S, Wyke S, Fitzpatrick B, McConnachie A, O'Donnell K, Mackenzie M, et al. Evaluation of the Glasgow "Deep End" Links Worker Programme. 2017.
35. Halder MM, Wakefield JR, Bowe M, Kellezi B, Mair E, McNamara N, et al. Evaluation and exploration of a social prescribing initiative: Study protocol. J Health Psychol. 2021;26(3):345–56.
36. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. BMC Health Serv Res. 2017 Dec 19;17(1):835.
37. Wood E, Ohlsen S, Fenton SJ, Connell J, Weich S. Social prescribing for people with complex needs: a realist evaluation. BMC Fam Pract. 2021;22(1):53.
38. Blom B, Morén S. Explaining Social Work Practice — The CAIMeR Theory. Journal of Social Work. 2010 Jan 8;10(1):98–119.
39. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. BMC Med. 2016 Jun 24;14(1):96.
40. Group Care Belgium. Wat is Group Care? [Internet]. [cited 2024 Mar 31]. Available from: https://groupcarebelgium.be/wat-is-group-care/

41. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Goed-Gevoel-Stoel [Internet]. [cited 2024 Mar 31]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/goed-gevoel-stoel
42. Finnis A, Khan H, Ejbye J, Wood S. Realising the value Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing [Internet]. 2016 Nov [cited 2022 Aug 3]. Available from: https://www.health.org.uk/sites/default/files/RtVRealisingTheValue10KeyActions.pdf
43. Tierney S, Wong G, Roberts N, Boylan AM, Park S, Abrams R, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. BMC Med. 2020 Dec 13;18(1):49.
44. Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. Prim Health Care Res Dev. 2017;18(6):529–40.
45. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? Patient Educ Couns. 2006 Dec;64(1–3):6–20.
46. Vlaams Instituut Gezond Leven. Een toegankelijk aanbod aan preventieve gezondheidsinterventies en -methodieken [Internet]. [cited 2024 Feb 2]. Available from: https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/kunnen-preventie-en-gezondheidsbevordering-gezondheidsongelijkheid-vergroten-of-verkleinen/een-toegankelijk-aanbod-aan-preventieve-gezondheidsinterventies-en-methodieken
47. Molanorouzi K, Khoo S, Morris T. Motives for adult participation in physical activity: type of activity, age, and gender. BMC Public Health. 2015 Dec 31;15(1):66.
48. Mullens F, Glorieux I. Tijdsdrempels, vrije tijd en cultuurparticipatie. 2019.
49. Talrich F, Van Damme A, Bastiaens H, Rijnders M, Bergs J, Beeckman K. It takes two to tango: the recruiter's role in accepting or refusing to participate in group antenatal care among pregnant women—an exploration through in-depth interviews. Fam Med Community Health. 2023 Jul 19;11(3):e002167.
50. Lee M, Bin Mahmood ABS, Lee ES, Smith HE, Tudor Car L. Smartphone and Mobile App Use Among Physicians in Clinical Practice: Scoping Review. JMIR Mhealth Uhealth. 2023 Mar 31;11:e44765.
51. Nouwt S. WhatsApp in de zorg: veilig of niet? Tijdschrift zorg & recht in praktijk. 2016 Sep;6:20–3.
52. Yoga In Healthcare. Rapport Annuel 2022-2023 [Internet]. 2024 Jan [cited 2024 Feb 26]. Available from: https://yih.be/wp-content/uploads/2024/01/Rapport-Annuel_online-version.pdf
53. Swift M. People powered primary care: learning from Halton. Journal of Integrated Care. 2017 Jul 3;25(3):162–73.
54. van Schalkwyk MC, Bourek A, Kringos DS, Siciliani L, Barry MM, De Maeseneer J, et al. The best person (or machine) for the job: Rethinking task shifting in healthcare. Health Policy (New York). 2020 Dec;124(12):1379–86.
55. van Rangelrooij K, Solans-Buxeda R, Fernández-García M, Caycedo-Desprez N, Selvam R, Bulbena A. Effectiveness of a 4-week sophrology program for primary care patients with moderate to high anxiety levels: a randomised controlled trial. Actas Esp Psiquiatr. 2020 Sep;48(5):200–8.

6. Bijlagen

6.1 Interviewgidsen

- Interviewgids voor zorgverleners NL

Interview met zorgverleners
Praktijk (A/B/C): _____ Datum: _____ Tijdsduur: _____

Introductie	*Ik ben Remke Demuynck, ik ben huisarts in opleiding en ik voer een onderzoek naar groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk.*	
Doel van het interview	*Groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk zijn nog niet echt gekend in ons land.* *Daarom ga ik spreken met zorgverleners en patiënten in verschillende praktijken in Brussel die groepsactiviteiten organiseren voor hun patiënten.* *Het doel van het onderzoek is om beter te begrijpen wat zij vinden van deze activiteiten, om zo aanbevelingen te doen om in de toekomst de activiteiten te verbeteren.*	
Inhoud van het interview	*In dit gesprek zal ik het met jullie hebben over jullie ervaringen met groepsactiviteiten, zoals hoe en waarom jullie dit organiseren, welk effect en nut het volgens jullie heeft, maar ook wat er goed en minder goed loopt.*	
Deelname niet verplicht		
Tijdsduur	*Het gesprek zal 1u30 à 2 uur in beslag nemen.*	
Opname + aantekeningen	*Tijdens het gesprek zal geluid worden opgenomen. Ik zal ook af en toe aantekeningen maken.*	
Hoe gegevens worden verwerkt	*De opname zal worden neergeschreven en nadien verwijderd.*	
Anonimiteit	*De verzamelde gegevens worden vertrouwelijk behandeld.* *De resultaten zullen gebruikt worden voor wetenschappelijke publicaties waarbij de resultaten zo worden weergegeven dat anonimiteit wordt verzekerd.*	
[Testen van de opnameapparatuur]		
Openingsvraag	- Kunnen jullie je eens voorstellen?	
Inleiding	- Welke activiteit(en) organiseren jullie? - Hoe verloopt de organisatie?	
Transit	- Hoe is [activiteit/project] tot stand gekomen?	
Sleutelvragen	Hoofdvraag	Bijvragen
1) Doel - motivatie	Wat is voor jullie het doel van [activiteit] ?	- Wat is het doel voor de patiënten? - Wat is het doel voor jullie praktijk? - Proberen jullie met [activiteit] specifieke patiënten te bereiken?

2) Percepties	Denken jullie dat [activiteit] patiënten heeft geholpen? Op welke manier?	- *vb. op vlak van gezondheid? Welzijn? Vaardigheden en kennis? Motivatie? participatie in andere activiteiten?*
		- Denken jullie dat [activiteit] alle patiënten op dezelfde manier heeft geholpen?
		  o Was de impact hetzelfde op [specifieke groep]?
		  o In welke zin was de impact verschillend?
		- Op welke manier heeft [activiteit] bijgedragen tot [geobserveerde verandering]?
		- Zijn er patiënten gestopt met [activiteit]? Waarom volgens jullie?

3) Bevorderende en belemmerende factoren	We zien dat activiteiten in verschillende praktijken op verschillende manieren werken. Wat maakt volgens jullie dat [activiteit] in jullie praktijk goed of	- Welke factoren vergemakkelijken het verloop van [activiteit]? - Met welke uitdagingen worden jullie geconfronteerd bij het aanbieden van

Interview met zorgverleners
Praktijk (A/B/C): _____ Datum: _____ Tijdsduur: _____

	minder goed loopt?	[activiteit]? - *(vb. organisatorisch, lokale ondersteuning of problemen, beleid en subsidies, socio-politieke factoren zoals verkiezingen, migratie, etc.)*
4) Rol van de dokterspraktijk	- Hoe zien jullie de rol van een huisartsenpraktijk in het voorzien van groepsactiviteiten?	- Maakt het feit dat het de huisartsenpraktijk is die [activiteit] organiseert een verschil voor zijn impact? Waarom (niet)?
Slotvraag	- Als je iets zou kunnen veranderen om [activiteit] beter te doen werken, wat zou je dan veranderen?	- Zijn er nog andere zaken die we volgens jullie moeten weten om de werking van [activiteit] beter te begrijpen?
Afsluiting		
Toevoegingen	*Willen jullie nog iets toevoegen aan het gesprek?*	
Bedanking	*Heel erg bedankt voor jullie medewerking.*	
Mening	*Wat vonden jullie van het gesprek?*	
Contactgegevens	*Ik zal jullie mijn mailadres en telefoonnummer meegeven zodat jullie me kunnen bereiken met vragen of als jullie nog iets willen toevoegen.*	
Publicatie	*Willen jullie graag op de hoogte gehouden worden als de resultaten worden gepubliceerd?*	

- Interviewgids voor zorgverleners FR

Entretien avec des professionnels de santé
Cabinet (A/B/C): _____ Date: _____ Durée: _____

Introduction	*Je m'appelle Remke Demuynck, je suis assistante en médecine générale et je mène une enquête sur les activités de groupe en médecine générale.*	
Objectief de l'entretien	*Les activités de groupe en médecine générale ne sont pas encore vraiment connues dans notre pays. C'est pourquoi je vais m'entretenir avec des professionnels de santé et des patients dans plusieurs cabinets médicales à Bruxelles qui organisent des activités de groupe pour les patients. L'objectif de l'enquête est de mieux comprendre ce qu'ils pensent de ces activités, afin de faire des recommendations pour améliorer les activités à l'avenir.*	
Contenu de l'entretien	*Dans cet entretien, je vous parleraai de vos expériences en rapport avec des activités de groupe, par exemple comment et pourquoi vous les organisez, l'effet de ces activités selon vous, ou encore ce qui fonctionne bien et moins bien.*	
Durée de l'entretien	*Le conversation prendra entre 1h30 et 2 heures.*	
Règlement	*Pendant la conversation, vous devez éteindre votre téléphone portable ou le mettre en mode silencieux et ne pas parler par l'intermédiaire de l'autre. En outre, ce qui est dit aujourd'hui ne doit pas être transmis à d'autres, afin que cela reste un environnement sûr dans lequel chacun peut s'exprimer librement.*	
Enregistrement + notes	*L'audio sera enregistrée pendant la conversation. Je prendrai également des notes de temps en temps.*	
Traitement des données	*L'enregistrement sera noté et supprimé par la suite.*	
Participation volontaire	*La participation est volontaire et vous pouvez l'interrompre à tout moment sans raison. A partir de ce moment aucune donnée ne sera collectée.*	
Anonymat	*Les données obtenues resteront confidentielles. Les résultats seront utilisés pour des publications scientifiques où les résultats seront présentés de manière à garantir l'anonymat.*	
[Test du matériel d'enregistrement]		
Question d'ouverture	- Je propose qu'on fasse un tour de table, où chacun se présente brièvement par son nom, sa profession et son rôle dans le cabinet.	
Introduction	- Quel(s) activité(s) organisez-vous?	
Transition	- Comment [l'activité] a-t-il vu le jour? - Comment se déroule l'organisation de [l'activité]?	
Questions clés	Question principale	Questions complémentaires
1) Objectifs – motivation	Pour vous, quel est le but de [l'activité]?	- Quel est le but de [l'activité] pour les patients? - Quel est le but pour les professionnels de santé et votre cabinet médical? - Essayez-vous de cibler des groupes spécifiques avec [l'activité]?
2) Perceptions	Pensez-vous que [l'activité] a aidé les patients? De Quelle façon?	- J'ai entendu X dire que c'était bon pour..., est-ce que l'activité a affecté d'autres domaines? - Pensez vous que [l'activité] a aidé tous les patients de la même façon? o Est-ce que l'effet a été le même pour [un groupe spécifique]? o En quoi l'impact a-t-il été différent? - De quelle façon est-ce que [l'activité] a contribué à [changement observé]? - Est-ce qu'il y a des patients qui ont arrêté [l'activité]? Pourquoi selon vous?
3) Facteurs favorables et défavorables	On constate que dans des cabinets différents, les activités ont un	- Qu'est-ce qui a rendu le cours de [l'activité] plus facile?

Entretien avec des professionnels de santé
Cabinet (A/B/C): _____ Date: _____ Durée: _____

	impact différent. Qu'est-ce qui fait que dans votre cabinet, [l'activité] fonctionne bien/moins bien?	- Quels sont les défis que vous devez relever pour pouvoir offrir [l'activité]? - Si vous pouviez changer quelque chose pour que [l'activité] fonctionne mieux, que changeriez-vous?
4) Rôle de la médecine générale	Selon vous, quel est le rôle d'un cabinet médical dans l'organisation d'activités de groupe?	- Le fait que ce soit le cabinet médicale qui organise [l'activité] fait-il une différence dans son impact? Pourquoi (pas)?
Question finale	Supposons que vous disposiez d'un budget, d'un temps et de ressources illimités, que changeriez-vous dans l'activité?	- Y a-t-il d'autres choses que nous devons savoir pour mieux comprendre le fonctionnement de [l'activité]?
Mot de la fin		
Ajouts	*Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter à la conversation?*	
Opninion	*Qu'est-ce que vous avez pensé de l'interview?*	
Remerciement	*Merci beaucoup pour votre participation.*	
Cordonnées	*Je vous donnerai mon adresse mail et mon numéro de téléphone pour que vous puissiez me joindre si vous avez des questions ou des choses à ajouter.*	
Publication	*Voulez-vous être informé de la publication des résultats?*	

- Interviewgids voor patiënten NL

Interview met patiënten
Praktijk (A/B/C): _____ Datum: _____ Tijdsduur: _____

Introductie	*Ik ben Remke Demuynck, ik ben huisarts in opleiding en ik voer een onderzoek naar groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk.*
Nut van het interview	*Groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijk zijn nog niet echt gekend in ons land.* *Daarom ga ik spreken met zorgverleners en patiënten in verschillende praktijken in Brussel die groepsactiviteiten organiseren voor hun patiënten.* *Het doel van het onderzoek is om beter te begrijpen wat zij vinden van deze activiteiten, om zo aanbevelingen te doen om in de toekomst de activiteiten te verbeteren.*
Inhoud van het interview	*In dit gesprek zal ik het met jullie hebben over jullie ervaringen met* [activiteit], *zoals waarom jullie deelnamen, wat jullie vonden van de activiteit en wat er beter zou kunnen.*
Tijdsduur	*Het gesprek zal 1u30 à 2 uur in beslag nemen.*
Opname + aantekeningen	*Tijdens het gesprek zal geluid worden opgenomen. Ik zal ook af en toe aantekeningen maken.*
Verwerking gegevens	*De opname zal worden neergeschreven en nadien verwijderd.*
Anonimiteit	*De verzamelde gegevens worden vertrouwelijk behandeld.* *De resultaten zullen gebruikt worden voor wetenschappelijke publicaties waarbij de resultaten zo worden weergegeven dat anonimiteit wordt verzekerd.*
	[Testen van de opnameapparatuur]
Inleiding	- Kunnen jullie wat meer vertellen over de activiteit waaraan jullie hebben deelgenomen?
Doorverwijzing	- Wie heeft jullie [activiteit] aangeraden? - Kenden jullie [activiteit] al?
Doel – motivatie	- Wat was voor jullie het doel van [activiteit]? - Hoe lang zijn jullie naar [activiteit] gegaan? *(indien meerdere sessies)* o Zijn jullie altijd blijven gaan? Waarom (niet)? o Wat hielp je om te blijven gaan?
Percepties	- Vinden jullie dat [activiteit] jullie geholpen heeft? In welke zin? - Vinden jullie dat [activiteit] een invloed heeft gehad op… o … je gezondheid en welzijn? In welke zin? o … je vaardigheden of kennis? In welke zin? o … je motivatie? In welke zin? - Als je iets zou kunnen veranderen aan [activiteit], wat zou het dan zijn?
Rol van de dokterspraktijk	- Is volgens jullie de dokterspraktijk de beste plek om [activiteit] aan te bieden? Waarom (niet)? - Zijn er andere zaken waarvan jullie graag willen dat de dokterspraktijk ze aanbiedt? *(vb. Andere activiteiten)*
Ongelijkheid in gezondheid en zorg	- Wat zijn volgens jullie de oorzaken van een slechte gezondheid bij mensen? o Wat zou helpen om de gezondheid van mensen te verbeteren? - Denken jullie dat [activiteit] de gezondheid van mensen kan verbeteren? o Wat zou er beter helpen?
Slotvraag	- Zijn er nog andere zaken die we volgens jullie moeten weten om de werking van [activiteit] beter te begrijpen?
Afsluiting	
Toevoegingen	*Willen jullie nog iets toevoegen aan het gesprek?*
Bedanking	*Heel erg bedankt voor jullie medewerking.*
Mening	*Wat vonden jullie van het gesprek?*
Contactgegevens	*Ik zal jullie mijn mailadres en telefoonnummer meegeven zodat jullie me kunnen bereiken met vragen of als jullie nog iets willen toevoegen.*
Publicatie	*Willen jullie graag op de hoogte gehouden worden als de resultaten worden gepubliceerd?*

- Interviewgids voor patiënten FR

Entretien avec des patients
Cabinet (A/B/C): _____ Date: _____ Durée: _____

Introduction	*Je m'appelle Remke Demuynck, je suis assistante en médecine générale et je mène une enquête sur les activités de groupe en médecine générale.*
Objectif de l'entretien	*Les activités de groupe en médecine générale ne sont pas encore vraiment connues dans notre pays. C'est pourquoi je vais m'entretenir avec des professionnels de santé et des patients dans plusieurs cabinets médicales à Bruxelles qui organisent des activités de groupe pour les patients.* *L'objectif de la recherche est de mieux comprendre ce qu'ils pensent de ces activités, afin de faire des recommandations pour améliorer les activités à l'avenir.*
Contenu de l'entretien	*Dans cet entretien, je vous parlerai de vos expériences en rapport avec des activités de groupe, par exemple pour quelles raisons vous participiez, mais aussi votre avis sur les activités et ce qui pourrait les améliorer.*
Durée de l'entretien	*La conversation prendra entre 1h30 et 2 heures.*
Enregistrement + notes	*L'audio sera enregistrée pendant la conversation. Je prendrai également des notes de temps en temps.*
Traitement des données	*L'enregistrement sera noté et supprimé par la suite.*
Anonymat	*Les données obtenues resteront confidentielles.* *Les résultats seront utilisés pour des publications scientifiques où les résultats seront présentés de manière à garantir l'anonymat.*
	[Test du matériel d'enregistrement]
Introduction	- Pouvez-vous me raconter un peu plus sur l'activité à laquelle vous avez participé ?
Orientation	- Qui vous a recommandé [l'activité] ? - Est-ce que vous connaissiez déjà [activité] ?

Objectifs - motivation	- Quel était le but de [l'activité] pour vous ?
	- Combien de temps êtes-vous allé(e) à [activité] ? (si plusieurs sessions)
	  o Vous avez toujours continué ? Pourquoi (pas) ?
	  o Qu'est-ce qui vous a aidé à continuer ?

Perceptions	- Pensez-vous que [l'activité] vous a aidé ? Dans quel sens ?
	- Pensez-vous que [l'activité] a eu un effet sur…
	  o … votre santé et votre bien-être ? Dans quel sens ?
	  o … vos compétences ou connaissances ? Dans quel sens ?
	  o … votre motivation ? Dans quel sens ?
	- Si vous pouviez changer quelque chose à propos de [activité], qu'est-ce que ce serait ?

Rôle de la médecine générale	- Selon vous, le cabinet médical est-il le meilleur endroit pour proposer ces [activités] ? Pourquoi (pas) ? - Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez que le cabinet médical offre ? (par exemple, autres activités)

Disparités en matière de santé	- Selon vous, quelles sont les causes de la mauvaise santé des gens ?
	  o Qu'est-ce qui contribuerait à améliorer la santé des gens ?
	- Pensez-vous que [l'activité] pourrait améliorer la santé des gens ?
	  o Qu'est-ce qui aiderait mieux ?

Question finale	- Y a-t-il d'autres choses que nous devons savoir pour mieux comprendre le fonctionnement de [l'activité] ?
Mot de la fin	
Ajouts	*Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter à la conversation ?*
Remerciement	*Merci beaucoup pour votre participation.*
Opinion	*Qu'est-ce que vous avez pensé de l'interview ?*
Cordonnées	*Je vous donnerai mon adresse mail et mon numéro de téléphone pour que vous puissiez me*

Entretien avec des patients
Cabinet (A/B/C): _____ Date: _____ Durée: _____

	joindre si vous avez des questions ou des choses à ajouter.
Publication	*Voulez-vous être informé de la publication des résultats ?*

6.2 Uitnodigingsflyer

Opmerking: iconen werden aangepast naargelang de activiteiten die plaatsvonden in de praktijk.

Recherche de participants: étude sur les activités de groupe en médecine générale

Quoi?

- Une discussion de groupe de ± 1h30 avec 5 à 10 patients.
- Nous discutons de vos points de vue sur les activités de groupe pour les patients.
- Un repas gratuit sera offert.





Pour qui?

- Les patients âgés d'au moins 18 ans …
- … qui ont participé au moins 1 fois à une activité de groupe de [praktijknaam]
- … qui peuvent s'exprimer en français

Quand?

[Datum en uur]

Pourquoi?

Plusieurs cabinets médicaux organisent des activités de groupe pour les patients. Dans le cadre de ma thèse, je m'entretiens avec des professionnels de santé et des patients pour connaître leurs opinions et leurs expériences avec ces initiatives, afin de mieux les comprendre et de formuler des recommandations pour de futurs projets.



Chercheur : Dr Remke Demuynck, médecin généraliste en formation, Katholieke Universiteit Leuven
Directrice de recherche : Prof. Dr. Emily Verté, Vrije Universiteit Brussel – Academie Voor De Eerste Lijn
Pour plus d'informations, veuillez contacter votre professionnel de santé, ou
remke.demuynck@student.kuleuven.be.

6.3 Informed consent formulier

- ICF voor zorgverleners

I <u>Informatiebrief</u>

Doelstellingen van het onderzoek

Verschillende huisartsenpraktijken in Brussel organiseren groepsactiviteiten voor hun patiënten. Het doel van zo'n activiteit kan verschillen: sommige activiteiten zetten in op een gezonde levensstijl (bewegen, gezond eten, stoppen met roken), maar evengoed zijn er activiteiten die inzetten op vb. sociaal isolement, kwetsbare groepen of een specifieke aandoening.

Deze studie wil graag onderzoeken of groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijken een meerwaarde bieden voor patiënten, en indien dit zo is, waarom. Daarom organiseren we in verschillende groepspraktijken in Brussel focusgroepen (groepsgesprekken) met zorgverleners en patiënten om hun visie op groepsactiviteiten te verkennen. Met de verkregen gegevens kunnen we aanbevelingen geven voor toekomstige projecten in de huisartsenpraktijk.

Verloop van het onderzoek

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep omdat u als zorgverlener betrokken bent in de organisatie van één of meerdere groepsactiviteiten in uw huisartsenpraktijk. Om deel te nemen moet u 18 jaar of ouder zijn en het Nederlands voldoende machtig zijn.

De focusgroep houdt een groepsgesprek in samen met andere betrokken zorgverleners van uw praktijk, waarbij het gesprek wordt begeleid door een onderzoeker. Hierin zullen we het hebben over de organisatie, motivaties, het effect dat de activiteit volgens u heeft, wat er goed verloopt en wat er beter kan, en wat volgens u de rol is van de huisartsenpraktijk in de organisatie van groepsactiviteiten. U hoeft niet te antwoorden indien u dit niet wenst. Ook zijn er geen foute antwoorden; we willen enkel uw mening kennen.

Het gesprek zal 1u30 tot 2 uur duren. Voorafgaand zullen we u vragen om een korte vragenlijst in te vullen met persoonlijke gegevens (Bijlage III). Ook zal een maaltijd voorzien worden ter attentie van uw deelname.

Privacy en gegevensbescherming

Tijdens het gesprek zal het geluid worden opgenomen voor de verwerking van het gesprek verder in het onderzoek. Deze opname is enkel toegankelijk voor de onderzoeker en zal veilig bewaard worden op de beveiligde computer van de onderzoeker, en verwijderd worden eens het gesprek is neergeschreven. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en uw anonimiteit wordt gegarandeerd. Dit houdt in dat uw identiteit nooit zal bekend gemaakt worden. Gegevens waaruit uw identiteit kan afgeleid worden zullen worden aangepast om uw anonimiteit te garanderen.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na goedkeuring van de een medisch-ethische commissie.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. Een maaltijd zal tijdens het interview voorzien worden als compensatie.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker Remke Demuynck via mail (remke.demuynck@student.kuleuven.be) of telefonisch (0489 56 36 29).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met het Ethisch Comité (ethiek@uzbrussel.be).

II Informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens

De **Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG)**, die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, **persoonsgegevens** van u verzameld. Wij, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg (Vrije Universiteit Brussel), zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook "**bijzondere categorieën**" van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:
- uw etnische achtergrond;
- uw gezondheidstoestand.

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw **gegevens worden ingekeken** door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden **bewaard**[1].

Volgens de AVG hebt u een aantal **rechten** rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw **onderzoekarts**. Ook de **functionaris voor gegevensbescherming** van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het **recht om een klacht in te dienen** over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

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

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten.

Titel van de studie: Patiëntgerichte groepsactiviteiten georganiseerd door de huisartsenpraktijk: ervaringen van zorgverleners en patiënten in Brussel, België

III Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik

- kennis heb genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan;
- alle vragen heb kunnen stellen die bij me opkwamen en een duidelijk antwoord heb gekregen op mijn vragen;
- vrijwillig deel neem en dat ik mijn deelname aan deze studie op elk moment kan stop zetten;
- toestem met de geluidsopname tijdens het onderzoek
- Instem met de verwerking van de gegevens verzameld in de focusgroep en korte vragenlijst, waarbij mijn persoonlijke gegevens vertrouwelijk en anoniem worden behandeld;
- een exemplaar heb ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Deelnemer:

Naam en voornaam Handtekening

…… ……..

Datum

……

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende Demuynck Remke, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Vertegenwoordiger van de arts-onderzoeker:

Naam en voornaam

……

Handtekening

……

Datum ……

Arts-onderzoeker:

Naam en voornaam

……..

Handtekening

……..

Datum ……

- ICF voor zorgverleners FR

I Lettre d'information

Objectifs de l'étude

Des différents cabinets médicaux à Bruxelles organisent des activités de groupes pour les patients. Les objectifs de ces activités sont divers : certaines activités visent à promouvoir un bon mode de vie (par l'activité physique, l'alimentation saine, l'arrêt du tabac), mais il y a également des activités qui misent sur l'isolement social, des groupes vulnérables, ou des conditions de santé spécifiques.

L'objectif de cette étude est d'examiner si les activités de groupes organisées par le cabinet médical apportent une valeur ajoutée aux patients, et, dans l'affirmative, pour quelle raison. C'est pourquoi on organise des entretiens collectifs dans des différents cabinets médicaux à Bruxelles avec des professionnels de santé et des patients pour explorer leur point de vue sur les activités de groupe. Avec les données obtenues, on pourra formuler des recommendations pour des projets ultérieurs dans le cabinet médical.

Déroulement de l'étude

Vous êtes invité à participer à un entretien collectif parce que vous êtes impliqué comme professionnel de santé dans l'organisation d'une ou plusieures activités de groupe dans votre cabinet médical. Pour participer, il faut avoir 18 ans ou plus, et avoir une maîtrise suffisante de la langue française.

L'entretien collectif comporte une conversation de groupe avec d'autres patients qui ont participé à l'activité, guidée par le médecin investigateur. On vous posera des questions sur l'organisation, les motivations, l'effet percipié de l'activité, votre opinion sur l'activité et sur le rôle du cabinet médicale dans son organisation. Vous ne devez pas répondre si vous ne le souhaitez pas. Il n'y a non plus de « mauvaises » réponses, on veut uniquement avoir votre opinion.

L'entretien prendra 1h30 à 2 heures. Avant le début, on vous demandera de remplir un questionnaire court (annexe III) sur vos données personnels. En plus, un repas sera prévu comme compensation pour votre participation.

L'anonymat et la confidentialité des données

Pendant la conversation l'audio sera enregistrée pour le traitement de la conversation plus tard dans l'étude. L'enregistrement est seulement accessible pour l'investigateur et sera conservé en sécurité sur l'ordinateur sécurisé de l'investigateur, et sera supprimé après avoir être noté. Vos données seront traitées de manière confidentielle et votre anonymat sera garanti. Cela signifie que votre identité ne sera jamais revélée, non plus aux professionnels de santé de votre cabinet médical. Les données qui peuvent révéler voitre identité seront adaptées afin de garantir l'anonymat.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude clinique est mise en œuvre après approbation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Description des risques et bénéfices

Aucun risque, en termes de santé, ne peut être lié à votre participation à cette étude. Un repas sera prévu comme compensation pour votre participation.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le médecin investigateur Remke Demuynck par mail (remke.demuynck@student.kuleuven.be) ou au numéro de téléphone suivant : 0489 56 36 29.

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter le comité d'éthique (ethiek@uzbrussel.be).

II Informations rélatives au traitement de vos données à caractère personnel

Le nouveau **Règlement Général relatif à la Protection des Données (RGPD)** de l'UE, en vigueur depuis le 25 mai 2018, impose des exigences additionnelles sur les modalités d'utilisation de vos données à caractère personnel par les entreprises ou les organisations. L'une de ces exigences impose au responsable du traitement de vous transmettre les informations ci-dessous.

Des **données à caractère personnel** vous appartenant sont collectées dans le cadre de l'étude à laquelle vous participez. Nous, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg (Vrije Universiteit Brussel), sommes responsables du traitement correct de vos données et de l'obligation d'information qui va de pair. C'est pourquoi, nous aimerions encore une fois attirer votre attention sur le fait qu'outre des données à caractère personnel ordinaires, telles que les données relatives à votre âge ou à votre sexe, nous collectons également des « **catégories particulières** » de données à caractère personnel. Il s'agit par exemple de :
- votre origine ethnique ;
- votre état de santé.

Bien entendu, nous ne pouvons utiliser vos données personnelles qu'à des fins de recherche scientifique telles que décrites dans le formulaire de consentement éclairé que vous avez signé au début de l'étude à laquelle vous participez.

Il est possible que vos données soient consultées par des personnes résidant dans des pays qui n'utilisent pas les mêmes normes que l'UE sur le plan légal de protection des données. Dans ce cas, nous nous engageons à faire respecter les conditions de la législation européenne et belge en matière de protection de la vie privée.

De plus, nous aimerions également vous informer de la **conservation**[1] des données qui ont été collectées en tant qu'élément constitutif de l'étude pendant au moins 20 ans, ou 30 ans si ces données font également partie de votre dossier médical, et ce, conformément à la législation en la matière.

Selon le RGPD, vous disposez d'un certain nombre de droits concernant le traitement de vos données. Si vous avez d'autres questions à ce sujet, vous pouvez prendre contact avec votre **médecin investigateur**. Le **délégué à la protection des données** du centre d'étude est également à votre disposition. Voici ses coordonnées: dpo@vub.be.

Enfin, vous avez également le **droit d'introduire une plainte** concernant le mode de traitement de vos données. Cette plainte peut être introduite auprès de l'autorité belge de contrôle chargée de veiller au respect de la législation sur la protection des données :

Autorité de protection des données (APD)
Rue de la Presse 35,
1000 Bruxelles
Tél. +32 2 274 48 00
e-mail : contact@apd-gba.be
Site web : www.autoriteprotectiondonnees.be

[1] La législation actuelle impose la conservation des données à caractère personnel qui font partie de cette étude pendant 20 ans (et – le cas échéant – le règlement européen relatif aux essais cliniques de médicaments prolonge ce délai de conservation à 25 ans). Dans le cas d'un médicament de thérapie innovante utilisant du matériel corporel humain, cette durée sera de minimum 30 ans et de maximum 50 ans en accord avec la loi belge du 19 décembre 2008 sur l'utilisation du matériel corporel humain et les arrêtés royaux d'application.

Titre de l'étude : Activités de groupe centrées sur le patient, organisées par le cabinet médical : expériences des professionnels de santé et des patients à Bruxelles, Belgique

III <u>Consentement éclairé</u>

Participant

Je déclare que

- j'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document ;
- j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions ;
- je participe volontairement et que je peux arrêter de participer à chaque moment ;
- je consens à l'enregistrement audio pendant l'étude ;
- je consens au traitement des données obtenues par l'entretien et le questionnaire, où mes données personnelles seront traitées de façon confidentielle et anonyme ;
- j'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Participant:

Nom et prénom

……

Signature

……..

Date

……

Médecin Investigateur

Je soussigné, Demuynck Remke, médecin investigateur confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Représentant de l'investigateur:

Nom et prénom

……

Signature

……

Date ……

Médecin investigateur:

Nom et prénom

……..

Signature

……..

Date ……

- ICF voor patiënten NL

I Informatiebrief

Doelstellingen van het onderzoek

Verschillende huisartsenpraktijken in Brussel organiseren groepsactiviteiten voor hun patiënten. Het doel van zo'n activiteit kan verschillen: sommige activiteiten zetten in op een gezonde levensstijl (bewegen, gezond eten, stoppen met roken), maar evengoed zijn er activiteiten die inzetten op vb. sociaal isolement, kwetsbare groepen of een specifieke aandoening.

Deze studie wil graag onderzoeken of groepsactiviteiten in de huisartsenpraktijken een meerwaarde bieden voor patiënten, en indien dit zo is, waarom. Daarom organiseren we in verschillende groepspraktijken in Brussel focusgroepen (groepsgesprekken) met zorgverleners en patiënten om hun visie op groepsactiviteiten te verkennen. Met de verkregen gegevens kunnen we aanbevelingen geven voor toekomstige projecten in de huisartsenpraktijk.

Verloop van het onderzoek

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep omdat u als patiënt hebt deelgenomen aan een groepsactiviteit in uw huisartsenpraktijk. Om deel te nemen moet u 18 jaar of ouder zijn en het Nederlands voldoende machtig zijn.

De focusgroep houdt een groepsgesprek in samen met andere patiënten die deelnamen aan de activiteit, waarbij het gesprek wordt begeleid door een onderzoeker. Hierin zullen we het hebben over uw beleving van de groepsactiviteit, met name wat u motiveerde om deel te nemen, welk effect de activiteit voor u heeft gehad, wat er goed verliep en wat er beter kan, en wat volgens u de rol is van de huisartsenpraktijk in de organisatie van groepsactiviteiten. U hoeft niet te antwoorden indien u dit niet wenst. Ook zijn er geen foute antwoorden; we willen enkel uw mening kennen.

Het gesprek zal 1u30 tot 2u duren. Voorafgaand zullen we u vragen om een korte vragenlijst in te vullen met persoonlijke gegevens (Bijlage III). Ook zal een maaltijd voorzien worden ter attentie van uw deelname.

Privacy en gegevensbescherming

Tijdens het gesprek zal het geluid worden opgenomen voor de verwerking van het gesprek verder in het onderzoek. Deze opname is enkel toegankelijk voor de onderzoeker en zal veilig bewaard worden op de beveiligde computer van de onderzoeker, en verwijderd worden eens het gesprek is neergeschreven. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en uw anonimiteit wordt gegarandeerd. Dit houdt in dat uw identiteit nooit zal bekend gemaakt worden, ook niet aan de zorgverleners van uw huisartsenpraktijk. Gegevens waaruit uw identiteit kan afgeleid worden zullen worden aangepast om uw anonimiteit te garanderen.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na goedkeuring van de een medisch-ethische commissie.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. Een maaltijd zal tijdens het interview voorzien worden als compensatie.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker Remke Demuynck via mail (remke.demuynck@student.kuleuven.be) of telefonisch (0489 56 36 29).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met het Ethisch Comité (ethiek@uzbrussel.be).

II Informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens

De **Europese Algemene Verordening omtrent Gegevensbescherming (AVG)**, die sinds 25 mei 2018 van kracht is, legt bijkomende vereisten op over hoe bedrijven of organisaties uw persoonsgegevens mogen gebruiken. Een van die vereisten is dat de verantwoordelijke voor de verwerking u onderstaande informatie bezorgt.

Er worden in het kader van het onderzoek waar u aan deelneemt, **persoonsgegevens** van u verzameld. Wij, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg (Vrije Universiteit Brussel), zijn verantwoordelijk voor de correcte verwerking en de informatieplicht die daarmee gepaard gaat. Daarom vragen wij graag nogmaals uw aandacht voor het feit dat naast gewone persoonsgegevens, zoals gegevens over uw leeftijd en geslacht, ook "**bijzondere categorieën**" van persoonsgegevens verzameld worden. Voorbeelden hiervan zijn:
- uw etnische achtergrond;
- uw gezondheidstoestand.

Uiteraard mogen wij uw persoonsgegevens enkel gebruiken voor de wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden die beschreven staan in het formulier voor geïnformeerde toestemming, zoals door u ondertekend bij het begin van uw deelname aan het onderzoek.

Het kan dat uw **gegevens worden ingekeken** door personen die zich in landen bevinden die op het vlak van wettelijke bescherming van gegevens niet dezelfde normen gebruiken als de EU. In dat geval verbinden wij er ons toe om de voorwaarden van de Europese en de Belgische wetgeving rond de bescherming van persoonsgegevens te laten respecteren.

Vervolgens geven wij u graag nog mee dat, conform de relevante wetgeving, de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende minstens 20 jaar, of 30 jaar indien deze gegevens ook deel uitmaken van uw medisch dossier, worden **bewaard**[1].

Volgens de AVG hebt u een aantal **rechten** rond de verwerking van uw gegevens. Indien u hierover verdere vragen hebt, kan u hiervoor steeds terecht bij uw **onderzoekarts**. Ook de **functionaris voor gegevensbescherming** van het onderzoekcentrum, staat ter uwer beschikking. Hierbij vindt u zijn/haar contactgegevens: dpo@vub.be.

Tot slot heeft u ook het **recht om een klacht in te dienen** over hoe uw informatie wordt behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming:

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

[1] De huidige wetgeving verplicht om persoonlijke informatie die deel uitmaakt van dit onderzoek gedurende 20 jaar te bewaren (en –indien van toepassing- verlengt de Europese Verordening betreffende klinische proeven met geneesmiddelen deze bewaartermijn tot 25 jaar). In geval van een onderzoekgeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze bewaarperiode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten.

Titel van de studie: Patiëntgerichte groepsactiviteiten georganiseerd door de huisartsenpraktijk: ervaringen van zorgverleners en patiënten in Brussel, België

III <u>Geïnformeerde toestemming</u>

Deelnemer

Ik verklaar dat ik

- kennis heb genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan;
- alle vragen heb kunnen stellen die bij me opkwamen en een duidelijk antwoord heb gekregen op mijn vragen;
- vrijwillig deel neem en dat ik mijn deelname aan deze studie op elk moment kan stop zetten;
- toestem met de geluidsopname tijdens het onderzoek
- Instem met de verwerking van de gegevens verzameld in de focusgroep en korte vragenlijst, waarbij mijn persoonlijke gegevens vertrouwelijk en anoniem worden behandeld;
- een exemplaar heb ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Deelnemer:	
Naam en voornaam	Handtekening
……	……..
Datum	
……	

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende Demuynck Remke, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Vertegenwoordiger van de arts-onderzoeker:	Arts-onderzoeker:
Naam en voornaam	Naam en voornaam
……	……..
Handtekening	Handtekening
……	……..
Datum	Datum
……	……

- ICF voor patiënten FR

I Lettre d'information

Objectifs de l'étude

Des différents cabinets médicaux à Bruxelles organisent des activités de groupes pour les patients. Les objectifs de ces activités sont divers : certaines activités visent à promouvoir un bon mode de vie (par l'activité physique, l'alimentation saine, l'arrêt du tabac), mais il y a également des activités qui misent sur l'isolement social, des groupes vulnérables, ou des conditions de santé spécifiques.

L'objectif de cette étude est d'examiner si les activités de groupes organisées par le cabinet médical apportent une valeur ajoutée aux patients, et, dans l'affirmative, pour quelle raison. C'est pourquoi on organise des entretiens collectifs dans des différents cabinets médicaux à Bruxelles avec des professionnels de santé et des patients pour explorer leur point de vue sur les activités de groupe. Avec les données obtenues, on pourra formuler des recommendations pour des projets ultérieurs dans le cabinet médical.

Déroulement de l'étude

Vous êtes invité à participer à un entretien collectif parce que vous avez participé comme patient à une activité de groupe dans votre cabinet médical. Pour participer, il faut avoir 18 ans ou plus, et avoir une maîtrise suffisante de la langue française.

L'entretien collectif comporte une conversation de groupe avec d'autres patients qui ont participé à l'activité, guidée par le médecin investigateur. On vous posera des questions sur l'activité, notamment sur votre motivation à la participation, l'effet percipié de l'activité, votre opinion sur l'activité et sur le rôle du cabinet médicale dans son organisation. Vous ne devez pas répondre si vous ne le souhaitez pas. Il n'y a non plus de « mauvaises » réponses, on veut uniquement avoir votre opinion.

L'entretien prendra 1h30 à 2 heures. Avant le début, on vous demandera de remplir un questionnaire court (annexe III) sur vos données personnels. En plus, un repas sera prévu comme compensation pour votre participation.

L'anonymat et la confidentialité des données

Pendant la conversation l'audio sera enregistrée pour le traitement de la conversation plus tard dans l'étude. L'enregistrement est seulement accessible pour l'investigateur et sera conservé en sécurité sur l'ordinateur sécurisé de l'investigateur, et sera supprimé après avoir être noté. Vos données seront traitées de manière confidentielle et votre anonymat sera garanti. Cela signifie que votre identité ne sera jamais revélée, non plus aux professionnels de santé de votre cabinet médical. Les données qui peuvent révéler votre identité seront adaptées afin de garantir l'anonymat.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude clinique est mise en œuvre après approbation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Description des risques et bénéfices

Aucun risque, en termes de santé, ne peut être lié à votre participation à cette étude. Un repas sera prévu comme compensation pour votre participation.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le médecin investigateur Remke Demuynck par mail (remke.demuynck@student.kuleuven.be) ou au numéro de téléphone suivant : 0489 56 36 29.

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter le comité d'éthique (ethiek@uzbrussel.be).

II Informations rélatives au traitement de vos données à caractère personnel

Le nouveau **Règlement Général relatif à la Protection des Données (RGPD)** de l'UE, en vigueur depuis le 25 mai 2018, impose des exigences additionnelles sur les modalités d'utilisation de vos données à caractère personnel par les entreprises ou les organisations. L'une de ces exigences impose au responsable du traitement de vous transmettre les informations ci-dessous.

Des **données à caractère personnel** vous appartenant sont collectées dans le cadre de l'étude à laquelle vous participez. Nous, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg (Vrije Universiteit Brussel), sommes responsables du traitement correct de vos données et de l'obligation d'information qui va de pair. C'est pourquoi, nous aimerions encore une fois attirer votre attention sur le fait qu'outre des données à caractère personnel ordinaires, telles que les données relatives à votre âge ou à votre sexe, nous collectons également des « **catégories particulières** » de données à caractère personnel. Il s'agit par exemple de :
- votre origine ethnique ;
- votre état de santé.

Bien entendu, nous ne pouvons utiliser vos données personnelles qu'à des fins de recherche scientifique telles que décrites dans le formulaire de consentement éclairé que vous avez signé au début de l'étude à laquelle vous participez.

Il est possible que vos données soient consultées par des personnes résidant dans des pays qui n'utilisent pas les mêmes normes que l'UE sur le plan légal de protection des données. Dans ce cas, nous nous engageons à faire respecter les conditions de la législation européenne et belge en matière de protection de la vie privée.

De plus, nous aimerions également vous informer de la **conservation**[1] des données qui ont été collectées en tant qu'élément constitutif de l'étude pendant au moins 20 ans, ou 30 ans si ces données font également partie de votre dossier médical, et ce, conformément à la législation en la matière.

Selon le RGPD, vous disposez d'un certain nombre de droits concernant le traitement de vos données. Si vous avez d'autres questions à ce sujet, vous pouvez prendre contact avec votre **médecin investigateur**. Le **délégué à la protection des données** du centre d'étude est également à votre disposition. Voici ses coordonnées: dpo@vub.be.

Enfin, vous avez également le **droit d'introduire une plainte** concernant le mode de traitement de vos données. Cette plainte peut être introduite auprès de l'autorité belge de contrôle chargée de veiller au respect de la législation sur la protection des données :

Autorité de protection des données (APD)
Rue de la Presse 35,
1000 Bruxelles
Tél. +32 2 274 48 00
e-mail : contact@apd-gba.be
Site web : www.autoriteprotectiondonnees.be

[1] La législation actuelle impose la conservation des données à caractère personnel qui font partie de cette étude pendant 20 ans (et – le cas échéant – le règlement européen relatif aux essais cliniques de médicaments prolonge ce délai de conservation à 25 ans). Dans le cas d'un médicament de thérapie innovante utilisant du matériel corporel humain, cette durée sera de minimum 30 ans et de maximum 50 ans en accord avec la loi belge du 19 décembre 2008 sur l'utilisation du matériel corporel humain et les arrêtés royaux d'application.

Titre de l'étude : Activités de groupe centrées sur le patient, organisées par le cabinet médical : expériences des professionnels de santé et des patients à Bruxelles, Belgique

III <u>Consentement éclairé</u>

Participant

Je déclare que

- j'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document ;
- j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions ;
- je participe volontairement et que je peux arrêter de participer à chaque moment ;
- je consens à l'enregistrement audio pendant l'étude ;
- je consens au traitement des données obtenues par l'entretien et le questionnaire, où mes données personnelles seront traitées de façon confidentielle et anonyme ;
- j'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Participant:	
Nom et prénom	Signature
……	……..
Date	
……	

Médecin Investigateur

Je soussigné, Demuynck Remke, médecin investigateur confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Représentant de l'investigateur:	Médecin investigateur:
Nom et prénom	Nom et prénom
……	……..
Signature	Signature
……	……..
Date ……	Date ……

6.4 Vragenlijsten

- Vragenlijst voor zorgverleners NL

Vragenlijst voor zorgverleners

1) Wat is uw leeftijd? _____ jaar
2) Wat is uw geslacht?
   - O Man
   - O Vrouw
   - O Andere / X
   - O Ik wens niet te antwoorden
3) Hoe lang werkt u al in deze praktijk?
   _____ jaar
   _____ maanden (indien minder dan 1 jaar)
4) Welke functie vervult u in deze praktijk?
   - O Huisarts
   - O Onthaal / administratie
   - O Praktijkmanager
   - O Verpleegkundig
   - O Andere: _____
5) Hoeveel uren per week werkt u in de praktijk? _____ uur

- Vragenlijst voor zorgverleners FR

Enquête pour les professionnels de santé

1) Quel est votre âge? _____ ans
2) Quel est votre sexe?
   - O Homme
   - O Femme
   - O Autre / X
   - O Je ne souhaite pas répondre
3) Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce cabinet?
   _____ ans
   _____ mois (si moins d'un an)
4) Quelle position occupez-vous dans ce cabinet?
   - O Médécin généraliste
   - O Réception / administration
   - O Directeur de cabinet
   - O Infirmière
   - O Autre: _____
5) Combien d'heures par semaine travaillez-vous dans le cabinet? _____ heures

- Vragenlijst voor patiënten NL

Vragenlijst voor patiënten

1) Wat is uw leeftijd? ____ jaar
2) Wat is uw geslacht?
   - O Man
   - O Vrouw
   - O Andere / X
   - O Ik wens niet te antwoorden

3) Welke situatie is momenteel voor u van toepassing?
   - O Werkend
   - O Werkloos of werkzoekend
   - O Huisvrouw of huisman
   - O Arbeidsongeschikt
   - O Student
   - O Gepensioneerd
   - O Andere: _____

4) Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
   - O Basisonderwijs
   - O Middelbaar onderwijs
   - O Hoger onderwijs (bachelor)
   - O Hoger onderwijs (master)
   - O Doctoraat
   - O Andere: _____

5) In welke gemeente woont u? _____
6) Bent u geboren in België? O Ja O Nee, in _____
7) Is uw vader geboren in België? O Ja O Nee, in _____
8) Is uw moeder geboren in België? O Ja O Nee, in _____
9) Welke taal of talen spreekt u thuis?

   _____

   _____

   _____

10) Wat vind je van je eigen gezondheid?
    - O Zeer goed
    - O Goed
    - O Matig
    - O Slecht
    - O Zeer slecht

- Vragenlijst voor patiënten FR

Enquête pour les patients

1) Quel est votre âge? ____ ans
2) Quel est votre sexe?
   - O Homme
   - O Femme
   - O Autre / X
   - O Je ne souhaite pas répondre

3) Quelle est votre situation actuelle?
   - O Employé(e)
   - O Chômage ou à la recherche d'un emploi
   - O Femme au foyer ou homme au foyer
   - O Inaptitude au travail
   - O Étudiant(e)
   - O Retraité(e)
   - O Autre: _____

4) Quel est votre plus haut niveau d'études?
   - O Enseignement primaire
   - O Enseignement secondaire
   - O Enseignement supérieur (licence)
   - O Enseignement supérieur (maîtrise/master)
   - O Doctorat
   - O Anders, namelijk: _____

5) Dans quelle commune habitez-vous? _____
6) Êtes-vous né en Belgique? O Oui O Non, en/au _____
7) Votre père est-il né en Belgique? O Oui O Non, en/au _____
8) Votre mère est-elle née en Belgique? O Oui O Non, en/au _____
9) Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison?

   _____

   _____

   _____

10) Que pensez-vous de votre propre santé?
    - O Très bien
    - O Bien
    - O Modéré
    - O Mauvais
    - O Très mauvais

6.5 Codeboom: uitgebreide versie

Actoren
Patiënt
Zorgverleners

Faciliterende en belemmerende factoren
Faciliterende factoren
Belemmerende factoren

CONTEXT	Context van de patiënt	
	Persoonlijke factoren	
	gender	comfortabel zijn bij ander geslacht, gedrag aanpassen bij ander geslacht, gendernormen, toestemming partner
	leeftijd	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen, ouders, seniors
	Gezondheid	Chronische fysieke aandoeningen, pijn/vermoeidheid, psychische problemen, zwangerschap
	Levensstijl	Voeding, fysieke activiteit, rookgedrag
	Gezondheidsvaardigheden	Health literacy, autonomie
	Sociale en gemeenschapsfactoren	
	Sociaal netwerk	Sociaal isolement, familie, zorg voor kinderen
	Cultuur	Afkomst, religie, taal/analfabetisme, valorisatie van zelfzorg
	Opleidingsniveau	
	Sociaal-economische status	
	Werk	Werkstatuut, -omstandigheden, -uren
	De wijk	activiteiten en organisaties in de buurt, huisvesting, politiek
	Context van de praktijk	
	Interprofessionele samenwerking	Met andere praktijken, partners in de buurt, ziekenhuizen
	Praktijkorganisatie	
	Communicatie	betrokkenheid team, zichtbaarheid voor team
	Financieel	kost voor de patiënt, voor de praktijk, subsidies, financieringssysteem
	Infrastructuur	Bereikbaarheid, toegankelijkheid, ruimte en materiaal, veiligheid
	Personeel	Mankracht, tijdsinvestering, vorming personeel
	Rol van de praktijk	Laagdempelig/nabij, legitiem, vertrouwd/veilig
	Rol van de zorgverlener	Rol als motivator/coach, als vertrouwenspersoon, als case finder, gedeelde achtergrond

MECHANISME	Begeleiding rond de interventie	
	Identificatie van noden	vraaggestuurd werken, aanpassen aan patiënt
	Uitnodigen	
	collectieve uitnodiging	Via flyers, mail, website/social media, partners, visibiliteit
	individuele uitleg-verwijzing	via zorgverlener, vriend(in), telefonisch, whatsapp
	Begeleiding naar activiteit	Via zorgverlener, vriend(in), herhaaldelijk uitnodigen
	Opvolging	
	Interactie - groep	
	Met deelnemers	Gêne, (h)erkenning, kennis delen, groepssfeer, elkaar ondersteunen, vertrouwen/veilig voelen, destigmatisering van zorg, problemen delen, respect/niet oordelen, mix gender, sociale mix, elkaar motiveren*
	Met zorgverleners	Zelf uitleg geven, interactie stimuleren, instrueren, bevestigen of sturen, respect/niet oordelen, hiërarchie mijden, vertrouwen geven/geruststellen, modereren *

ACTIVITEIT	Aanbod	
	Beweging	Yoga, gym, wandelen, dans, fietsen, voetbal, sport voor kinderen, relaxatie/sofrologie
	Interactieve voorlichting	Rond diabetes, mondhygiëne, rookstop, voeding, seksuele gezondheid, zwangerschap, ouderschap
	Praatgroepen	
	Hobbygroepen en uitstappen	
	Grootte van de groep	
	Preventie	
	Herhaald in de tijd	

OUTC	Effecten voor patiënten	
	Op (ervaren) gezondheid	algemeen welzijn, fysieke gezondheid, mentale gezondheid
	Op gezondheidsattitudes	Coping klachten, destigmatisering, minder zorgconsumptie
	Op gezondheidsgedrag	Beweging, voedingsgewoonten, rookgedrag

OME	Op gezondheidsvaardigheden	Autonomie/empowerment, financiële vaardigheden, taalvaardigheden
	Op sociaal vlak	Sociale isolatie, integratie in de maatschappij, tijdsbesteding/nieuwe hobby/vaardigheid
	Effecten voor zorgverleners	
	Bijleren van patiënten	
	Ontlasting consultaties	
	Patiënt beter begrijpen	
	Intermediaire outcomes	
	Enrolment	Interesse, opvattingen, klachten, andere prioriteiten, (geen) nood aan activiteit, internaliseren van oplossing, confrontatie met zichzelf*
	Engagement	Tijd voor activiteit, stigma, slecht weer*
	Adherence	Ondervonden effect, onderbrekingen*

*gerangschikt volgens frequentie van vermelding in focusgroepen.

6.6 Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

EMILY VERTÉ
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Brussels, 2023-03-29

EC number: **EC-2022-415**

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
Patient-centered group activities organized by the primary care practice: experiences of primary health care providers and patients in Brussels, Belgium

BUN: 1432022000309

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2023-03-29, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Cc: FAGG, R&D department

6.7 Studieprotocol

Universitair Ziekenhuis Brussel

Clinical Trial Center

Study Protocol

Study Title: Patient-centered group activities organized by the primary care practice:
experiences of primary health care providers and patients in Brussels, Belgium
Study Acronym: 22427PCGAPCP
Phase of Development: /
Protocol Number: /
Protocol Version and Date: Version 2, 08-03-2023
EudraCT Registry Number: /
ClinicTrials.gov Registry Number: /
Indication: /
Investigational product: /
Sponsor: Prof. dr. Emily Verté
Coordinating/Principal Investigator: Prof. dr. Emily Verté

The information contained in this document is the property of the Sponsor/Coordinating Investigator and may not be reproduced, published or disclosed to others without written authorization of the Sponsor/Coordinating Investigator.

PROTOCOL SIGNATURE PAGE

Protocol Version and date: Version 2, 08-03-2023

Protocol Title: Patient-centered group activities organized by the primary care practice:
experiences of primary health care providers and patients in Brussels, Belgium

Sponsor: Prof. Dr. Emily Verté

Principal Investigator: Prof. Dr. Emily Verté

I agree:

- to assume responsibility for the proper conduct of this study
- to conduct the study in compliance with this protocol and any future amendments
- not to implement any deviations from or changes to the protocol without prior review and written approval from the Ethics Committee, except where necessary to eliminate an immediate hazard to the subjects, or for administrative aspects of the study (where permitted by all applicable regulatory requirements)
- that I am thoroughly familiar with the appropriate use of the investigational drug, as described in this protocol
- to ensure that all persons assisting me with the study are adequately informed about the investigational drug and their study-related duties and functions as described in the protocol
- that I am aware of and will comply with the current good clinical practice (GCP) guidelines and ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki
- to conduct the study in accordance with all applicable laws and regulations

Prof. dr. Emily Verté **08-03-2023**

Printed name Signature Date

1. Table of Contents

PROTOCOL SIGNATURE PAGE 1
1. Table of Contents 2
2. Trial Registration/Protocol Summary 4
3. Protocol Version History 5
4. Sponsor/Coordinating Investigator Information 5
5. List of Abbreviations 5
6. Introduction 5
6.1 Social prescribing and patient-centered activities 5
6.2 The need for patient-centered activities in Belgium and Brussels 6
6.3 Current patient-centered activities 6
6.4 Study Rationale and Purpose 6
6.5 Rationale for Study Design 7
7. Study Schematic and Schedule of Activities 7
7.1 Study Schematic and activities 7
8. Study Objectives and endpoints 7
8.1 Primary Objective and Endpoints 7
9. Investigational Plan 7
9.1 Overall Study Design 7
9.2 Study Duration for Subjects 8
10. Selection of Subjects 8
10.1 Selection of Study Population 8
10.2 Inclusion Criteria 8
10.3 Exclusion Criteria 8
11. Interventions/Treatment 8
12. Data Collection and Management 9
15.1 Monitoring 9
15.1.1 Composition of data monitoring committee 9
15.2 Data Collection 9
15.3 Database Management and Quality Control 9
15.4 Statistical Considerations and Data Analysis 9
13. Ethical Considerations 9

16.1 Ethical conduct of the study *9*
16.1.1 Declaration of Helsinki 9
16.1.2 Ethics Committee 9
16.2 Informed Consent *9*
16.3 Patient and Study Data Protection *9*
16.4 Subject Identification *9*
16.5 Conflict of Interest *10*
14. Finance and Insurance 10
15. Reporting and Dissemination 10
16. Conflict of interest statement 10
17. Tables and Figures 10
21. References 10

2. Trial Registration/Protocol Summary

Information	
EudraCT number: Date of registration:	/
Clinical Trial Authorization (CTA) from FAMHP (FAGG) Date of approval:	/
ClinicalTrials.gov:	/
Official Title:	Patient-centered group activities organized by the primary care practice: experiences of primary care providers and patients in Brussels, Belgium.
Study Phase/Type:	Semi-structured focus group study
Objectives:	To assess the experiences of primary care providers and patients regarding patient-centered group activities organized by the primary care practice
Investigational Product:	/
Interventions:	Focus group interviews
Endpoints:	
Study population:	Primary care providers and patients in the Brussels-Capital Region
Number of patients:	15-30 patients; 15-30 health care providers
Overview of study design:	We will conduct semi-structured focus group interviews in primary care practices in the 20% lowest income neighborhoods in the Brussels-Capital Region. We will interview both primary care providers and patients engaged in group activities. We will discuss the following topics: involvement in the program, organisational aspects, goals and perceived impact of the program, barriers and facilitators, sustainability, and the role of the practice in delivering the program.
Statistical Considerations:	Thematic analysis will be conducted with the use of NVivo.
Sponsor:	Prof. dr. Emily Verté
Country(ies) of Recruitment:	Belgium
Inclusion Criteria:	We will include primary care practices in the 20% lowest income neighborhoods in the Brussels-Capital Region. Participants must: - be 18 years or older - be fluent in Dutch and/or French - (if patient): have participated in an activity organized by the primary care practice, at least once - (if health care provider): have engaged in the organisation of at least one activity in the primary care practice
Exclusion Criteria:	/
Date of first enrolment:	01/04/2023
Target sample size:	6 interviews, 30-60 participants

3. Protocol Version History

Version No.	Approval Date Lead EC	Release Date
1.1	**03-03-2023 (preliminary advice with remarks)**	

4. Sponsor/Coordinating Investigator Information

Coordinating Investigator	Prof. dr. Emily Verté	Post-doctoraal onderzoeker, VUB
Sponsor	Prof. dr. Emily Verté	
Principal Investigator	Prof. dr. Emily Verté	
Co-investigators	Dr. Remke Demuynck	Huisarts-in-opleiding, KU Leuven
	Dr. Madieke Maseman	Huisarts, pre-doctoraal onderzoeker, VUB
	Dra. Manon Steurs	Pre-doctoraal onderzoeker, VUB
Additional co-researchers	/	
Statistician	/	
Laboratory (ies)	/	
Pharmacy	/	
Study Coordinator	Vrije Universiteit Brussel	
Study sites and co-investigators	Vrije Universiteit Brussel; vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg	

5. List of Abbreviations

BCR: Brussels-Capital Region
PCP: Primary care practice

6. Introduction

6.1 Social prescribing and patient-centered activities

Social prescribing is an approach that connects individuals to non-clinical sources of support in their community with the aim of improving their health and well-being (1–4). Generally, primary health care providers will refer patients to a range of interventions including physical activities, social activities encouraging healthy behaviours, peer support, self-management education, social services, and more (1,5). Social prescribing initiatives help to address the health needs for a variety of people, especially for people with long-term conditions, mental health problems, problems of loneliness and isolation, or complex social needs (6).
With an increasing demand for person-centered approaches to integrate health promotion in the primary care setting, social prescribing aims to support community networks and self-

determination, thereby empowering people to address health priorities and meet unmet health needs, eventually increasing control over the determinans of health responsible for health inequalities (1,4,7,8). Furthermore, it can lead to a reduced demand for health care services (6).
The foundations of social prescribing were first created in the UK as part of a national strategy where 'link workers', community-based, trained health workers guide individuals referred by health care professionals in setting goals, referral to relevant activities and active follow-up with motivational support (1,4). Meanwhile, at least 17 countries around the world have adapted some form of social prescribing, with variations according to health care systems, local cultural and political contexts (1).

6.2 The need for patient-centered activities in Belgium and Brussels

In Belgium, social prescribing is not yet implemented in any systematic way. In general, health care providers do provide patients with information of services and referral options, though this lacks the person-centeredness and self-determination that is used in social prescribing to facilitate the actual uptake of the referral activity, and hence its effect on diverse health outcomes (1,4).

However, there is a great need for person-centered community-based approaches, especially in the Brussels-Capital Region (BCR), an urban area that is known for its considerable socioeconomic inequalities with a well established impact on health outcomes (9–12). The BCR has one of the most diverse populations in terms of ethnic, cultural, social, and economical backgrounds, as well as a complex constitutional system impacting health care access for the most vulnerable (13). There is great variation within the BCR with socioeconomically deprived communities mostly residing in dense neighborhoods in and around the city center, while high-income families live in the outskirts of the region (9). Furthermore, the socioeconomic disparities in the BCR leading to health inequalities do not only affect the most vulnerable populations, but the entire population, creating a social gradient for health (12).

6.3 Current patient-centered activities

Since health care services in Belgium do not yet provide a patient-centered system for community-based programs, multiple PCPs in the BCR have started organizing their own group activities for their patient population, consisting of a diverse range of easily accessible programs. Some local interventions in Belgian PCPs have been studied showing positive results, yet these studies were small in scale and focused on one project only (14–18).

6.4 Study Rationale and Purpose

There is a need for a more comprehensive evaluation on patient-centered programs organized by primary care practices in Belgium to create a better understanding of what programs are in place. This information can be used to give recommendations for the implementation of future projects in Belgium.

Therefore, his study intends to explore the experiences and perceptions of patients and primary care providers engaged in group interventions in the primary care practice. The BCR presents an optimal setting for such a study, as the needs in more socioeconomically deprived areas for patient-centered programs is great.

We aim to answer the following research questions:

- What types of group activities for patients are in place in primary care practices in socioeconomically deprived neighborhoods?
- What motivates primary care practices in socioeconomically deprived neighborhoods to organize group activities for their patients?
- How do patients and primary care providers in socioeconomically deprived neighborhoods perceive the impact of group interventions organized by the PCP?

- What challenges and opportunities do patients and primary care providers in socioeconomically deprived neighborhoods perceive in regard to group interventions organized by the PCP?
- How do patients and primary care providers in socioeconomically deprived neighborhoods perceive the role of PCPs in providing group interventions?

6.5 Rationale for Study Design

We will conduct semi-structured focus groups with health care providers and patients engaged in patient-centered group activities in order to provide an in-depth and bottom-up evaluation.

7. Study Schematic and Schedule of Activities

7.1 Study Schematic

12/2022 – 03/2023	Obtaining approval of the Ethics Committee
01/04/2023	Recruitment of primary care practices and health care providers
15/04/2023	Start of focus groups with health care providers

After each focus group with health care providers: Recruitment of patients – start of focus groups

01/01/2024	End of focus groups
30/04/2024	Submission of the final thesis to the examination jury

Data collection and analysis will take place simultaneously.

7.1 Study Activities

- Selection and recruitment of primary care practices engaged in group activities
- Selection and recruitment of involved health care providers for each interested practice
- Three focus groups (one per PCP) will be conducted with health care providers in their PCP and audio-recorded.
- Recruitment of patients after each focus group with the health care providers of the respective PCPs
- Three focus groups (one per PCP) will be conducted with patients and audio-recorded.
- Data analysis: transcription of the audio, processing of transcripts, thematic analysis with the use of NVivo
- Summary of the study results in a report

8. Study Objectives and endpoints

8.1 Primary Objective and Endpoints

We aim to answer the following research questions:

- What types of group activities for patients are in place in primary care practices in socioeconomically deprived neighborhoods?
- What motivates primary care practices in socioeconomically deprived neighborhoods to organize group activities for their patients?
- How do patients and primary care providers in socioeconomically deprived neighborhoods perceive the impact of group interventions organized by the PCP?
- What challenges and opportunities do patients and primary care providers in socioeconomically deprived neighborhoods perceive in regard to group interventions organized by the PCP?
- How do patients and primary care providers in socioeconomically deprived neighborhoods perceive the role of PCPs in providing group interventions?

9. Investigational Plan

9.1 Overall Study Design

We will perform a total of six semi-structured focus group interviews in three PCPs: three with primary care providers and three with patients engaged in group activities in their PCP in socioeconomically deprived neighborhoods in the BCR. We will discuss the following topics: involvement in the program, organisational aspects, goals and perceived impact of the program, barriers and facilitators, sustainability, and the role of the PCP in delivering the program. The interview topic guides, one for health care providers and one for patients, are constructed based on previous research on social prescribing initiatives (4,19–22).

A total of six focus groups will be held, three with health care providers and three with patients, with an estimated 5-10 participants per group and estimated duration of 90-120 minutes per group.
Focus groups will take place in the participating PCPs on a moment chosen in agreement with the participants. A meal will be provided for participants. Before the start of each focus group, written informed consent will be obtained and participants will complete a basic questionnaire focusing on demographic information and perceived general health for patients, and for health care providers on their role in the PCP.

Each focus group will be held in one language (Dutch or French) chosen by each group of participants. The interviewer is a native Dutch speaker and fluent in French (C1, with TEF certificate). The French translations of the interview guides were proofread by a native French speaker.
If the participants in a focus group do not speak a common language, two separate groups (in Dutch and French) will be held. In this case, participants who are fluent in one language will be assigned to their respective group, and participants who are both fluent in Dutch and French will be assigned to the groups in such a way that both groups are approximately equal in size.

Interviews will be audio-recorded and transcribed verbatim. The privacy of participants will be ensured by altering data that could identify individuals. After transcription, the recordings will be deleted. Data collection and analysis will take place simultaneously.

9.2 Study Duration for Subjects

9.2.1 Screening

Invitations for the study will be sent starting on 01/01/2023.

9.2.2 Treatment Period

Subjects will have to participate in a one-time focus group on a date set in agreement with them. The focus group will last 90 to 120 minutes. No further follow-up is asked of participants.

9.2.5 End of Study

Intended termination of the focus groups is 01/01/2024.
Intended finalisation of the study report is 31/04/2024.

10. Selection of Subjects

10.1 Selection of Study Population

A list was made of all the PCPs of the BHAK (Brusselse Huisartsenkring). We aim to select three PCPs in total, while including different neighborhoods as well as both Dutch and French

initiatives. Of all the PCPs that meet the inclusion criteria, through convenience sampling PCPs will be selected and sent an invitation e-mail. For each interested PCP, we will invite the involved primary health care professionals for a focus group (one per PCP). After the focus group, we will invite patients for a separate patient-only focus group (one per PCP). We aim to cluster patients participating in the same activity in a focus group.

10.2 Inclusion Criteria

- Inlcusion criteria for PCPs:
  - PCPs must be situated in one of the 20% lowest income neighborhoods in the BCR*
  - PCPs must organize or have organized at least one group activity for patients
  - We aim to include PCPs of different neighborhoods, and both Dutch and French initiatives
- Inclusion criteria for health care providers:
  - 18 years or older
  - fluent in Dutch and/or French
  - involvement, directly or indirectly, in at least one activity organized by the PCP (e.g. involement in the coordination, referral process, delivery of the activity, etc.)
  - We aim to maximize heterogeneity in age, gender, ethnic background and role in the PCP**
- Inclusion criteria for patients:
  - 18 years or older
  - fluent in Dutch and/or French
  - participation in at least one session of an activity organized by the PCP**
  - We aim to maximize heterogeneity in age, gender and ethnic background

* With the use of statistical data of the BCR, demographic details of each neighborhood were collected (10). “Average taxable income per capita” was used as the criterion (Figure 1).
**through inclusion of PCPs in different neighbourhoods (as specific ethnic populations are often clustered in different neighbourhoods) and in low income neighbourhoods (as ethnic diversity is often higher in deprived neighbourhoods) (9).

10.3 Exclusion Criteria

Each focus group will be held in one language (Dutch or French) chosen by each group of participants. If a participant is not sufficiently fluent in the chosen language, he cannot be included in the focus group.
Furthermore, health care providers can not participate in the focus group with patients and vice versa.

11. Interventions/Treatment

Health care providers and patients will have to participate in a one-time focus group of 90 to 120 minutes. They will have interactions with the other participants of the focus group and the researchers. There will be no other interventions.

12. Data Collection and Management

15.1 Monitoring

15.1.1 Composition of data monitoring committee

Prof. dr. Emily Verté, promotor and principal investigator
Dr. Madieke Maseman, co-promotor and co-investigator

15.2 Data Collection

The data will be collected from the focus groups with health care providers and patients with the use of topic guides based on previous research on social prescribing initiatives (4,19–22).

15.3 Database Management and Quality Control

The data will be handled in compliance with the GDPR regulations and stored in a secure file on the SharePoint of the department of Family Medicine and Chronic Care (Vakgroep Huisartsengenees-kunde en Chronische Zorg) of the Faculty of Medicine and Pharmacy of the Vrije Universiteit Brussel. The data will be saved for a period of 3 years after which it will be deleted.

15.4 Statistical Considerations and Data Analysis

The trancripts will be processed by Dr. Remke Demuynck with the help of Prof. dr. Emily Verté, Dr. Madieke Maseman and Manon Steurs.
Transcripts will be fragmented, labeled, and categorized with the use of NVivo.

13. Ethical Considerations

16.1 Ethical conduct of the study

16.1.1 Declaration of Helsinki

The researchers declare to follow the principles of the Declaration of Helsinki.

16.1.2 Ethics Committee

This study will be presented to the Ethics Committee of the Vrije Universiteit Brussel (VUB).

16.2 Informed Consent

Before participating in the focus groups, the participants will get an informed consent. Participation is only possible after signing the informed consent and is completely voluntary.

16.3 Patient and Study Data Protection

The study will work according to the GDPR regulations.

16.4 Subject Identification

Individual data will be pseudonymized.

16.5 Conflict of Interest

The researchers do not declare a conflict of interest.

14. Finance and Insurance

This study is a masters thesis and will therefore not be financed.
The insurance has been applied for.

15. Reporting and Dissemination

The results of this study will be published in the database for master's theses of ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding).
The results could also be submitted for publication as a journal article.

16. Conflict of interest statement

The authors declare no conflict of interest.

17. Tables and Figures

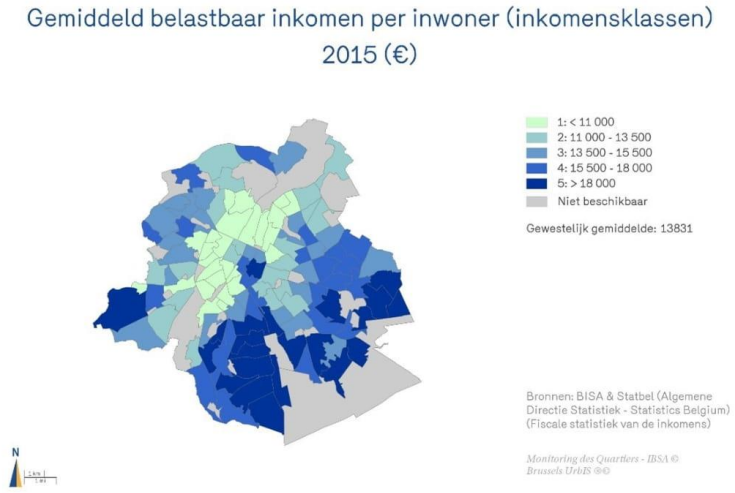


Figure 1. Average taxable income per capita in the Brussels-Capital Region. (10)

21. References

1. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. BMJ Glob Health. 2022;7(5).
2. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open. 2017;7(4):e013384.
3. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. Arts Health. 2018 May 4;10(2):97–123.

4. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. BMJ Open. 2017 Jul 16;7(7):e015203.
5. Finnis A, Khan H, Ejbye J, Wood S. Realising the value Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing [Internet]. 2016 Nov [cited 2022 Aug 3]. Available from: https://www.health.org.uk/sites/default/files/RtVRealisingTheValue10KeyActions.pdf
6. NHS England. Personalised Care: social prescribing and community-based support. Summary guide. 2020.
7. World Health Organization. Promoting physical activity through primary health care: a toolkit. 2021;
8. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021 Dec 23;36(6):1578–98.
9. Costa R, de Valk HAG. Socio-spatial Disparities in Brussels and its Hinterland. In: Urban Socio-Economic Segregation and Income Inequality. Springer, Cham; 2021. p. 271–91.
10. Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse. Wijkmonitoring [Internet]. [cited 2022 Aug 9]. Available from: https://wijkmonitoring.brussels/
11. Statbel. Average income in Belgium reached 19,671 euros in 2020. [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://statbel.fgov.be/en/themes/households/taxable-income
12. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_sociale_ongelijkheden_in_gezondheid_nl.pdf
13. Beleidsplan eerstelijnszone BruZEL [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Sep 6]. Available from: https://www.huisvoorgezondheid.be/wp-content/uploads/2020/01/BeleidsplanBruZEL2020-2021.pdf
14. Eeckhaut L, Rogiers R, Deveugele M. Beleving van de training 'Zorg voor jezelf' door verschillende patiëntengroepen van het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort.' Universitieit Gent; 2012.
15. de Nys C, Decat P. Zijn peer sessies met hoog risicopatiënten waardevol als onderdeel van de cardiovasculaire preventie in een huisartspraktijk? 2019.
16. Schaubroeck E, Vanneste D, Decat P. Wijkwelzijn en preventie: community based intervention brengt beweging in beweging. Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven;
17. van Brandt A, de Lepeleere S, Decat P. Promotie van gezonde voeding op wijkniveau: van actie naar interactie. Universiteit Gent;
18. van Rillaer L, Decat P. Bewegingspromotie in de gemeenschap ondersteund door de huisartsenpraktijk: waarom is sporten in groep zo'n succesverhaal? Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Gent;
19. Mercer S, Wyke S, Fitzpatrick B, McConnachie A, O'Donnell K, Mackenzie M, et al. Evaluation of the Glasgow "Deep End" Links Worker Programme [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 6]. Available from: https://www.healthscotland.com/uploads/documents/29438-1.%20Evaluation%20of%20the%20Glasgow%20'Deep%20End'%20Links%20Worker%20Programme%20-%20May%202017%20-%20English.pdf
20. Halder MM, Wakefield JR, Bowe M, Kellezi B, Mair E, McNamara N, et al. Evaluation and exploration of a social prescribing initiative: Study protocol. J Health Psychol. 2021;26(3):345–56.
21. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. BMC Health Serv Res. 2017 Dec 19;17(1):835.
22. Wood E, Ohlsen S, Fenton SJ, Connell J, Weich S. Social prescribing for people with complex needs: a realist evaluation. BMC Fam Pract. 2021;22(1):53.