

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Haalbaarheidsstudie: een eHealth interventie
voor gezondheidspromotie bij huisartsen**

Jolien Plaete

Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij

Prof. dr. Geert Crombez



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2014/14
SWVG-Rapport 29
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Haalbaarheidsstudie: eHealth interventie voor gezondheidspromotie bij huisartsen

Promotor: Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij

Co-promotor: Prof. dr. Geert Crombez

Onderzoekers: Jolien Plaete

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg

Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy

Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 14: Haalbaarheidsstudie: eHealth interventie voor gezondheidspromotie bij huisartsen

Onderzoeker: Jolien Plaete
Promotor: Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij
Co-promotor: Prof. dr. Geert Crombez

Samenvatting

De hoofddoelstelling van dit project is de ontwikkeling van een evidence-based, eHealth interventie voor gezondheidspromotie in de eerstelijnszorg. De interventie zal gericht zijn op gezonde voeding (groenten en fruit) en fysieke activiteit bij Vlaamse volwassenen (18 tot 65 jaar). Deze tool zal deels gedrags specifiek ontwikkeld worden, maar zal zich ook gedeeltelijk richten op het verhogen van de empowerment en het probleem-oplossend vermogen van patiënten/cliënten. Vanuit deze doelstelling werden vier pijlers opgesteld waarrond de interventie zal worden opgebouwd: toepassing bij de huisarts (pijler 1), computer tailoring (pijler 2), de zelfregulatie theorie (pijler 3) en het gebruik van eHealth middelen (pijler 4). Dit rapport beschrijft drie studies die de mening tegenover de haalbaarheid van dit project door huisartsen nagaan.

De haalbaarheidsstudies die in dit rapport worden beschreven hebben voornamelijk betrekking op de mening van de huisarts tegenover gezondheidspromotie en tegenover de nieuwe interventie. In de haalbaarheidsstudie werden de mening en de barrières tegenover preventie bevestigd door middel van een interview. In deze studie werd ook de mening tegenover preventie en tegenover het eerste interventievoorstel nagegaan. Uit de resultaten blijkt de interventie zo zal moeten worden opgebouwd dat men de huisarts wel betreft maar dat dit niet te veel tijd vraagt van de huisarts. Het online persoonlijk advies en het feit dat de patiënt zelf zoveel mogelijk centraal wordt gesteld, zijn twee elementen waar van gesuggereerd wordt dat deze de hindernis te weinig tijd verminderen. Ook bij het voorstel van de interventie met de tijdsbesparende elementen in, gaven huisartsen toch nog als barrière aan dat men ook hiervoor te weinig tijd zal hebben. De meerderheid van de huisartsen stond wel positief tegenover de inhoud van de interventie. De inhoud kon dus worden behouden en verder uitgewerkt op dezelfde manier. Tijdens de focusgroepen werd verder ingegaan op de verschillende aspecten van de zelfregulatie theorie en bijhorende methodes om mening tegenover de inhoud nog meer in detail te evalueren. Huisartsen gaven in deze studie opnieuw aan voornamelijk gebruik te maken van folders en flyers en voorstander te zijn om in de nieuwe interventie opnieuw gebruikt te maken van folders en flyers. Voor het op maat advies is het echter nodig om gebruik te maken van computergestuurde middelen. Daarom kan in de eHealth interventie best een combinatie van middelen worden gebruikt. Geen enkele huisarts die deelnam aan de haalbaarheidsstudie beschikte over een computer in de wachtzaal. Daarom werd voorgesteld een tablet in combinatie met folders te gebruiken voor de interventie. De manier waarop de tablet en de folders kunnen worden gebruikt, werd bevestigd tijdens de focusgroepen.

Op basis van de haalbaarheidsstudie en op basis van de literatuur werd het interventievoorstel verder uitgewerkt en werden de interviewvragen voor de focusgroepen met huisartsen opgesteld. Bij de focusgroep interviews werd vooral verder ingegaan op de haalbaarheid en de praktische implementatie van de interventie bij de huisarts. Daarbij werd vooral ingegaan op faciliterende en hinderende factoren voor de toepassing van de interventie in de huisartsenpraktijk. De principes van de zelfregulatie theorie en de methodes om deze toe te passen in de interventie werden aan de hand van een presentatie nader toegelicht aan de huisartsen om zo ook een beter beeld te krijgen van de mening van huisartsen tegenover de inhoud van de interventie. Als algemene conclusie kan gesteld worden dat er niet één ideale oplossing bestaat, daar de situaties en de meningen van huisartsen verschillen. Daarom zal in de nieuwe interventie een combinatie van systemen worden aangeboden waarbij de huisarts zelf kan bepalen welk systeem het best past in zijn/haar praktijk. Huisartsen krijgen op die manier zelf de keuze wanneer en waar men de tablet al dan niet gebruikt. Belangrijk is ook dat er verschillende middelen zullen worden aangeboden. Naast de tablet vinden huisartsen het namelijk ook aangewezen dat er flyers beschikbaar zijn met de link van de webpagina. Op die manier kunnen verschillende hindernissen die werden terug gevonden in de literatuur zoals het gebrek aan tijd en andere prioriteiten van patiënten worden opgelost doordat de patiënt de interventie niet alleen bij de huisarts maar ook thuis kan uitvoeren. Huisartsen gaven ook aan dat het moet duidelijk zijn dat patiënten de tablet mogen gebruiken wanneer deze aanwezig is in de wachtzaal. Daarom zal bij de tablet een duidelijke poster worden voorzien die aangeeft waarvoor de tablet dient en wie deze mag gebruiken. Wanneer de tablet in de wachtzaal ligt, zal deze ook voorzien worden van een beveiligingssysteem en zal enkel het interventieprogramma beschikbaar zijn op de tablet. Verder is het volgens huisartsen belangrijk dat de interventie steeds moet kunnen worden onderbroken en thuis kan verdergezet worden door de patiënt. Daarom zullen deelnemers voorzien worden van inloggegevens waardoor reeds ingevulde gegevens zullen bewaard worden en de interventie thuis kan worden verder gezet. De meeste huisartsen gaven aan het actieplan van te patiënt te willen opvolgen maar niet via email. Men gaf als andere optie aan om het actieplan door te sturen naar de huisarts via een online platform zoals Medibridge. Huisartsen geven ook aan te denken dat de interventie minder geschikt is voor ouderen en mensen met een lager opleidingsniveau. Daarom zal er voldoende met eenvoudige teksten, slagzinnen en pictogrammen worden gewerkt. Tijdens de pilootstudies zal ook worden nagegaan of deze interventie ook voldoende bruikbaar is voor iedereen. Daar de inhoud van de interventie en dus het gebruik van de principes van de zelfregulatie theorie zeer gunstig worden geëvalueerd, zal deze methodiek volledig behouden en verder uitgewerkt worden. Een communicatiespecialist zal de tekstboodschappen in de interventie hier zoveel mogelijk aan aanpassen zodanig dat de teksten voldoende motiverend zijn. De interventie is zo opgebouwd dat de patiënt zal gemotiveerd worden om op zijn/haar eigen manier en tempo de gezondheidsnormen rond voeding en beweging te bereiken.

Het laatste hoofdstuk in dit rapport beschrijft de interventie zoals deze momenteel is opgebouwd, rekening houdende met de resultaten van de haalbaarheidsstudies. De interventie zal bestaan uit drie verschillende fases. De eerste fase zal plaatsvinden bij de huisarts aan de hand van een vragenlijst op een tablet. De tablet kan zowel in de wachtzaal als tijdens of na de consultatie gebruikt worden, afhankelijk van wat de huisarts verkiest. Indien de tablet beschikbaar wordt gesteld in de wachtkamer, zal deze voorzien zijn van een beveiliging en bijhorende posters die duidelijk maken voor wie en wat de tablet is bedoeld. Enkel het interventieprogramma zal toegankelijk zijn op de tablet aan de hand van een applicatie die alle andere toepassingen zoals internet en spelletjes afsluit. Voorafgaand aan de interventie dient de patiënt enkele algemene gegevens in te vullen. Patiënten die ouder zijn dan 65

jaar of jonger dan 18 jaar of patiënten die lijden aan een chronische aandoening zullen een boodschap krijgen dat zij niet tot de doelgroep van deze interventie behoren. Patiënten die wel tot de doelgroep behoren kunnen nadien kiezen rond welk gedrag (fruit, groenten of beweging) hij/zij een vragenlijst wil invullen om na te gaan of men voldoende fruit en/of groenten eet en of men voldoende beweegt. Na het invullen van de vragenlijst naar keuze krijgt de patiënt een op maat advies over het gekozen gedrag. Na het krijgen van deze feedback kan de patiënt kiezen om meer informatie te lezen, om een actieplan op te maken of om een vragenlijst rond een ander gedrag in te vullen. Er zullen ook flyers, met een verwijzing naar de website, voorzien worden die in combinatie met de tablet kunnen worden gebruikt. Op die manier kan de huisarts ook een flyer meegeven wanneer er onvoldoende tijd was om de interventie te starten of af te werken op de tablet.

In de tweede fase maakt de patiënt een persoonlijk actieplan op rond het gekozen gedrag. Dit kan, afhankelijk van de tijd, bij de huisarts op de tablet gebeuren of dit kan men verder thuis op de website doen. Patiënten kunnen steeds de website op de tablet bij de huisarts afsluiten en de interventie thuis of ergens anders online verder zetten.

In de derde fase wordt het actieplan geëvalueerd en bijgestuurd. Deze fase vindt plaats bij de patiënt thuis of elders waar men toegang tot internet heeft, nadat de patiënt een email heeft ontvangen om opnieuw naar de website te gaan en de vervolgmodule in te vullen. Het actieplan kan ook worden doorgemailed via Medibridge naar de huisarts. Op die manier heeft de huisarts een zicht op wat zijn/haar patiënt doet en kan het actieplan in een volgende consultatie worden besproken. De opbouw en het gebruik van verschillende methodes worden meer in detail besproken in hoofdstuk 4.

Inhoud

Inleiding	11	
Hoofdstuk 1	Vooronderzoek via vragenlijsten bij huisartsen	17
1	Doel	17
2	Methode	17
3	Resultaten	18
3.1	Beschrijving van de deelnemende huisartsen	18
3.2	Huidige preventie	18
3.3	Hindernissen om aan preventie te doen	19
3.4	Mening tegenover het voorstel van de nieuwe interventie	20
3.5	Huidig gebruik van computer/internet door de deelnemende HA	22
4	Discussie	22
4.1	Belangrijkste conclusies voor de interventie en de focusgroepen	23
Hoofdstuk 2	Focusgroepen met stakeholders: “De mening van Vlaamse huisartsen over de haalbaarheid en bruikbaarheid van een eHealth interventie voor gezondheidspromotie rond voeding en beweging bij volwassenen”	25
1	Presentatie huisartsen	25
2	Focusgroep interviews	25
3	Ethische goedkeuring	27
4	Piloottest	27
5	Sampling en rekrutering	27
6	Locatie en setting	27
7	Analyse	28
8	Resultaten	29
8.1	Beschrijving van de deelnemende huisartsen	29
8.2	Resultaten m.b.t. de mening tegenover de inhoud van de interventie	30
8.3	Determinanten m.b.t. de methode van de interventie	32
9	Discussie	44
10	Belangrijkste conclusies voor het programma	48
Hoofdstuk 3	Praktische uitwerking van de interventie op basis van de haalbaarheidsstudies	49
1	Programma voor de interventie	49
2	Opbouw van de interventie	49
3	Inhoudelijke uitwerking van de interventie	50
3.1	De vragenlijst	50
3.2	Op maat feedback	51

3.3	Het actieplan	52
3.4	Follow-up modules	54
3.5	Flyers en posters	57
3.6	Piloottest	57
	Literatuurlijst	59
	Bijlagen	63
1	Bijlage 1: Powerpoint presentatie focusgroepen	65
2	Bijlage 2: Interviewguide focusgroepen	87
3	Bijlage 3: Codeboom analyse focusgroepen	93

Lijst Tabellen

Tabel 1	Beschrijving deelnemende huisartsen	18
Tabel 2	Percentage huisartsen dat aan preventie doet bij de opgegeven situaties	18
Tabel 3	Middelen gebruikt door percentage huisartsen	19
Tabel 4	Hindernissen om aan preventie te doen	19
Tabel 5	Hindernissen tegenover de voorgestelde interventie	21
Tabel 6	Mening tegenover de inhoud van de interventie	21
Tabel 7	Huidig gebruik elektronische middelen	22
Tabel 8	Beschrijving deelnemende huisartsen	29
Tabel 9	Attitude zelfregulatie	30
Tabel 10	Citaten hinderende factoren zelfregulatie	31
Tabel 11	Citaten faciliterende factoren zelfregulatie	31
Tabel 12	Faciliterende factoren tegenover het gebruik van een tablet in de huisartsenpraktijk	34
Tabel 13	Hinderende factoren tegenover het gebruik van een tablet in de huisartsenpraktijk	35
Tabel 14	Faciliterende factoren tegenover de opbouw en uitvoering	38
Tabel 15	Hinderende factoren tegenover de opbouw en het gebruik	39
Tabel 16	Citaten attitude over de interventie (algemeen)	39
Tabel 17	Citaten attitude over de effectiviteit van de interventie	40
Tabel 18	Meningen i.v.m. de doelgroep	42
Tabel 19	Meningen tegenover op te nemen gedragingen	43
Tabel 20	Citaten subjectieve norm	43

Lijst Figuren

Figuur 1	Vorstel interventie in haalbaarheidsstudie	20
Figuur 2	Opbouw van de interventie	50
Figuur 3	Voorbeeld op maat feedback fruitinname	51
Figuur 4	Persoonlijk advies fysieke activiteit	52
Figuur 5	Actieplan beweging	54
Figuur 6	Intro follow-up module (fruit)	55
Figuur 7	De evaluatie	55
Figuur 8	Hindernissen vervolgmodule	56
Figuur 9	Omstandigheden vervolgmodule	56
Figuur 10	Evaluatie geslaagd doel	56

Inleiding

De prevalentie van chronische aandoening bij volwassenen is de voorbije jaren gestegen wat suggereert dat gezondheidspromotie rond voeding en beweging aangewezen is.

De hoofddoelstelling van dit project, dat in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd uitgevoerd, is de ontwikkeling van een evidence-based, eHealth interventie voor preventie in de eerstelijnszorg. De interventie zal gericht zijn op gezonde voeding (groenten en fruit) en fysieke activiteit bij Vlaamse volwassenen (18 tot 65 jaar). Deze tool zal deels gedrag specifiek ontwikkeld worden, maar zal zich ook gedeeltelijk richten op het verhogen van de empowerment en het probleem-oplossend vermogen van patiënten/cliënten. Vanuit deze doelstelling werden vier pijlers opgesteld waarrond de interventie zal worden opgebouwd: toepassing bij de huisarts (pijler 1), computer tailoring (pijler 2), de zelfregulatie theorie (pijler 3) en het gebruik van eHealth middelen (pijler 4).

Toepassing bij de huisarts

Een eerste doel van de eHealth studie is het ontwikkelen van een eHealth interventie gericht op gezondheidspromotie voor gezondheidswerkers uit de eerstelijnszorg. Het project zal starten met een focus op huisartsen en pas in een latere fase kunnen andere gezondheidswerkers betrokken worden. Uit een studie van Shakeshaft & Frankish (2003) blijkt dat patiënten aangeven dat men de huisarts een betrouwbare en goede bron vindt voor het verkrijgen van informatie rond voeding en beweging. In deze studie werd ook aangegeven dat huisartsen een grote invloed kunnen hebben op het gezondheidsgedrag van patiënten. Uit eigen vooronderzoek blijkt dat Vlaamse huisartsen het een taak voor de huisarts vinden om aan preventie te doen. Bovendien kan een grote groep volwassenen worden bereikt via de huisarts. Vlaamse volwassenen (18 tot 65 jaar) gaven namelijk aan gemiddeld vier maal per jaar op consultatie bij de huisarts te gaan (Gezondheidsenquête, 2008). Bovendien blijkt 96% van deze volwassenen een vaste, voor hen dus betrouwbare huisarts te hebben. Okun & Karoly (2007) gaven aan dat de invloed en motivatie bij het stellen van doelen door significante anderen belangrijk is. Uit de studie van Spittaels & De Bourdeaudhuij (2006) blijkt dat participanten meer inloggen op een website wanneer ze daar vooraf persoonlijk contact over hadden (46%) dan participanten die zelf een flyer meenamen zonder persoonlijk contact (6%).

Ondanks huisartsen preventie een rol voor de huisarts vinden, geeft men ook vaak barrières aan om dit te doen. In een studie van Ampt et al. (2009) werd de theorie of planned behaviour gebruikt om een model te ontwikkelen met factoren die preventie door huisartsen beïnvloeden. **Attitude** is de eerste determinant in dit model die de intentie tot het toepassen van preventie door huisartsen voorspelt. Ampt et al. (2009) gaven aan dat de mening van huisartsen tegenover preventie en het succes dat huisartsen waarnemen door preventie belangrijke attitudes zijn. Huisartsen moeten eerst en vooral vinden dat preventie belangrijk is en men moet geloven in de effectiviteit van interventies voor preventie. Shakeshaft et al. (2003) en McAVOY's (1999) gaven aan dat huisartsen vaak een laag vertrouwen hadden in de effectiviteit van hun eigen preventieve acties. Bovendien gaven Shakeshaft et al. (2003) en Jacobsen et al. (2005) in hun studies aan dat huisartsen het belangrijk vinden dat hun patiënten zich actief inzetten om hun gezondheidsgedrag te veranderen. Een tweede belangrijke determinant uit de theory of planned behaviour is **de subjectieve norm**. In het model voor preventie stelt dit 'de mate waarin huisartsen preventie een rol voor huisartsen vinden' en 'de mate waarin

patiënten verwachten dat hun huisarts aan preventie doet' voor. Volgens de resultaten uit de studie van Ampt et al. (2009) en McAvoy (1999) zien huisartsen preventie als een rol voor de huisarts en verwachten patiënten dat hun huisarts aan preventie doet. Een derde determinant uit de theory of planned behaviour is **de waargenomen gedragscontrole**. In het model van Ampt et al. (2009) werd deze determinant aanzien als de mate waarin de huisarts zichzelf in staat ziet om aan preventie te doen. De waargenomen gedragscontrole is een belangrijke determinant die faciliterende en hinderende factoren voor de huisarts om aan preventie te doen omvat. In het model van Ampt et al. (2009) worden de volgende faciliterende factoren voor het toepassen van preventie door de huisarts aangegeven: verhoogd risico van chronische ziektes bij de patiënt, voorziening van computergestuurde middelen, gemotiveerde patiënten, voldoende kennis van de patiënt, voldoende kennis van de huisarts, voldoende capaciteit van de praktijk, lage kosten en beschikbaarheid van middelen. Shakeshaft et al. (2003) gaf de volgende barrières aan voor huisartsen om aan preventie te doen: te kort aan opleiding en training van de huisarts, niet gestandaardiseerde richtlijnen, te weinig financiële investeringen, te weinig tijd, te weinig personeel, vergeten van de huisarts om aan preventie te doen, weigerachtigheid van de patiënt en andere prioriteiten van de patiënt.

Om de interventie zoveel mogelijk te doen aansluiten bij de noden van de huisarts zullen vragenlijsten en focusgroepen interviews van huisartsen worden afgenomen. Via deze vragenlijsten en focusgroep interviews zal o.a. worden nagegaan of dezelfde determinanten worden aangegeven tegenover preventie in het algemeen en tegenover de nieuw voorgestelde interventie. De vragen voor de vragenlijsten en de interviewgids (vraagroute voor de focusgroepen) zullen daarom steeds vragen bevatten m.b.t. de determinanten attitude, subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole.

Computer tailoring

Tailoring betekent het aanbieden van op maat advies aan afzonderlijke personen. In de gezondheidssector wil dit zeggen dat persoonlijke gezondheidsboodschappen relevant voor de specifieke persoon kunnen worden aangeboden. Men geeft dus geen algemeen advies dat geldt voor iedereen maar men biedt een advies aan dat enkel elementen bevat die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Computer tailoring verwijst naar het feit dat de persoonlijke adviezen kunnen gegenereerd worden aan de hand van een computerprogramma. Op basis van verschillende persoonsgegevens die kunnen verzameld worden aan de hand van een online vragenlijst kunnen persoonlijk adviezen worden weergegeven door gebruik te maken van verschillende condities, algoritmes en bijhorende teksten (Spittaels et al., 2007). Op die manier kan een kort en persoonlijk relevant advies worden voorzien zonder dat een tijdrovend face tot face interview met de huisarts of met een andere hulpverlener nodig is (Portnoy et al., 2008). Uit het onderzoek van Spittaels et al. (2007) is gebleken dat een computer tailored advies vaker wordt gelezen, beter onthouden wordt, meer besproken wordt met anderen en als nuttiger aanschouwd wordt dan een algemeen advies. In een review van Portnoy et al. (2008) werd aangetoond dat computer tailored interventies effectief zijn in het beïnvloeden van kennis, attitudes en gedragsintenties die nodig zijn om een gezond gedrag te stellen. In de review van Lustria et al. (2011) wordt ook aangegeven dat computer-tailored programma's meer effectief zijn in het veranderen van voeding- en bewegingsgewoontes in vergelijking met algemene informatie of geen informatie. De onderzoeksgroep Fysieke activiteit, Fitheid en Gezondheid van Universiteit Gent ontwikkelde en evalueerde reeds verschillende computer tailored interventies binnen het kader van de promotie van een gezonde levensstijl (De Bourdeaudhuij et al. (2010); Haerens et al. (2007); Spittaels et al. (2007); Vandelanotte et al. (2003)). Deze interventies werden ontwikkeld als 'stand-alone' interventies zonder begeleidings- of coaching component en kennen nog

geen toepassing binnen de huisartspraktijk of binnen de eerste lijn. Deze interventies zijn vooral gebaseerd op het transtheoretisch of het 'Stages of Change' model van Prochaska en DiClemente (TTM) daar de tailoring gebeurt op basis van de fase van gedragsverandering waarin een persoon zich bevindt. In de review van Lustria et al. (2009) wordt aanbevolen om ook tools te integreren die vaardigheden voor zelfregulatie aanleren. Op die manier kunnen mensen naast het krijgen van een op maat advies ook zelf persoonlijk relevante doelen opstellen en strategieën formuleren hoe ze die willen bereiken (Maes & Karoly, 2005). In de studie van Vangenugten et al. (2010) werden verschillende methoden en strategieën geselecteerd om zo de principes van zelfregulatie onder te brengen in een online computer tailored interventie. Methoden die worden gebruikt zijn o.a. goal setting, self-monitoring of behaviour en implementatie intenties. Door aan te leren hoe doelen concreet kunnen worden opgesteld, door op mogelijke hindernissen vooruit te lopen en door de doelen te stellen die haalbaar en persoonlijk relevant zijn, verhoogt het zelfvertrouwen en het geloof dat de gedragsverandering haalbaar en positief zal zijn (Lustria et al., 2009).

Het doel van deze studie is om de bestaande computer tailored interventies als basis te gebruiken en aan te vullen met methodes die meer gericht zijn op empowerment en zelfregulatie en om de interventie breder toepasbaar te maken zodat deze ook een rol kan spelen binnen de eerste lijn.

De mening van huisartsen tegenover het gebruik van computer tailoring werd bevraagd in de haalbaarheidsstudie.

Zelfregulatie theorie

Zelfregulatie heeft te maken met de manier waarop men eigen doelen formuleert, strategieën die men formuleert en toepast om die doelen te realiseren en de wijze waarop men omgaat met hindernissen daarbij (Maes & Karoly, 2005). Door de principes van de zelfregulatie theorie onder te brengen in de eHealth interventie voor huisartsen wil men afwijken van het traditioneel medisch model waar in gezondheidsnormen vaak worden opgelegd aan de patiënt door de hulpverlener. Volgens de resultaten van de studie van Huismans et al. (2010) is er een hogere drop-out bij gezondheidsinterventies van personen die doelen worden opgelegd dan van personen die eigen doelen stellen.

Wanneer de principes van de zelfregulatie theorie worden toegepast, is het de bedoeling dat de patiënt zelf persoonlijke relevante doelen (autonome of eigen doelen) formuleert en dat die doelen haalbaar zijn voor de patiënt. Het is dus belangrijk dat de patiënt zelf een specifiek en haalbaar plan gaat opstellen. Persoonlijk relevante doelen worden namelijk geassocieerd met veranderingen in gezondheidsgedragingen (William et al., 1998). Wanneer wordt gewerkt volgens de principes van de zelfregulatie theorie is het belangrijk te werken volgens de drie fases die naar voor geschoven worden in deze theorie. In de eerste fase is de selectie en representatie van doelen belangrijk (Maes & Karoly, 2003). Een mogelijke methode hiervoor is gebaseerd op de goal setting theorie (Locke & Latham, 1990). Volgens deze theorie is het belangrijk dat men doelen stelt die specifiek, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdsgebonden zijn. De patiënt kan dan via de interventie zelf aangeven wat men wil doen, wanneer, waar, hoe lang, met wie en hoe men iets wil doen (= **methode goal setting**). Een strategie hiervoor kan zijn om de patiënt, aan de hand van vragen met gesloten en open antwoordmogelijkheden, een eigen actieplan te laten opstellen.

In de 2^{de} fase van de zelfregulatie theorie is het belangrijk dat doelen actief worden nagestreefd. Een belangrijke methode die het gemakkelijker maakt voor mensen om doelen na te streven is de **implementatie intentie methode** (Gollwitzer, 1999). Bij deze methode is het de bedoeling dat mensen

een specifiek ALS, DAN plan opmaken. Bij de 'als' geeft men een specifieke situatie aan en bij de 'dan' geeft men aan wat men gaat doen wanneer die situaties zich voor doen. Doordat men eerder een eenvoudig 'als, dan' plan heeft opgesteld, wordt het voornemen automatisch opgeroepen bij de eerder bedachte "waar-en-wanneer" omstandigheden waardoor het gemakkelijker wordt om het gezond gedrag uit te voeren. Uit het onderzoek van Gollwitzer (2006) is gebleken dat doelen meer behaald worden indien er implementatie intenties worden opgesteld.

Om tijdens de actie fase adequaat te kunnen omgaan met hindernissen is het aangewezen dat men in de interventie ook **de methode 'Planning coping responses'** toepast. Daarbij laat men deelnemers aangeven wat voor hen mogelijke hindernissen zijn om een gezond gedrag uit te voeren en laat men ze ook aangeven wat mogelijke oplossingen kunnen zijn. Door op mogelijke hindernissen vooruit te lopen en door de doelen te stellen die voor de persoon zelf wenselijk zijn, verhoogt het zelfvertrouwen en het geloof dat de gedragsverandering haalbaar en positief zal zijn (Lustria, 2009). In de 3^{de} fase worden doelen bereikt, behouden en losgelaten. Voor deze fase is het belangrijk dat doelen kunnen geëvalueerd en bijgestuurd worden aan de hand van de interventie. Een methode voor de evaluatie en bijsturing van doelen is **'self-monitoring van gedrag'** (Kirschenbaum, 1984). Het is belangrijk dat deelnemers hun gedrag op regelmatige basis kunnen registreren en vergelijken met het vooropgestelde doel. Op basis van de resultaten die een deelnemer dan al dan niet waarneemt, kan deze beslissen om het doel los te laten of een hoger of een nieuw doel te stellen waarbij opnieuw specifieke strategieën kunnen worden geselecteerd. Het voorzien van follow-up modules bij de online interventie kan hiervoor een strategie zijn (Jacobs et al, 2004).

De meningen van huisartsen tegenover de verschillende methodes en strategieën gebaseerd op de zelf regulatie theorie werd voornamelijk bevestigd tijdens de focusgroep interviews.

eHealth

Eng (2001) definieert eHealth als 'opkomende interactieve technologieën (zoals internet, CD-ROM's, persoonlijke digitale assistentie (o.a. computertailoring), computer kiosks, ...) die de preventie en het beheersen van ziektes in staat stellen. Doordat in deze interventie o.a. gebruik zal gemaakt worden van computer tailoring kunnen we dus spreken van een eHealth interventie. Het computer tailored advies kan via verschillende middelen beschikbaar worden gesteld (via CD-ROM, via internet, via tablets, ...).

Uit een rapport van de Federale Overheidsdienst van economie blijkt dat in 2012, 80% van de Belgische huishoudens over minstens één computer beschikte en dat 75% beschikte over een internetaansluiting. Een derde maakte ook gebruik van een tablet, smartphone of gsm om verbinding te maken met het internet. Er is wel een digitale kloof waar te nemen naargelang het opleidingsniveau en de leeftijd. Van de laaggeschoolden heeft 31 % nog nooit internet gebruikt tegenover slechts 2% van de hooggeschoolden. Van de bevolking tussen 65 en 74 jaar is 51% nog nooit op het internet geweest, tegenover 1% van de 16 tot 24-jarigen (ICT-Enquête Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2012).

De meningen van huisartsen tegenover het gebruik van eHealth middelen zal bevestigd worden via vragenlijsten en focusgroepen met huisartsen.

De haalbaarheidsstudies die in dit rapport worden beschreven hebben vooral betrekking op de mening van de huisarts tegenover preventie en tegenover de nieuwe interventie. Aan de hand van een vragenlijst die door middel van een interview werd afgenomen werd ook de mening tegenover

preventie en tegenover het eerste interventievoorstel nagegaan. Op basis van deze haalbaarheidsstudie en op basis van de literatuur werd het interventievoorstel verder uitgewerkt en werden de interviewvragen voor de focusgroepen met huisartsen opgesteld. Bij de focusgroep interviews werd vooral verder ingegaan op de haalbaarheid en de praktische implementatie van de interventie bij de huisarts. Daarbij werd vooral ingegaan op faciliterende en hinderende factoren voor de toepassing van de interventie in de huisartsenpraktijk. De principes van de zelfregulatie theorie en de methodes om deze toe te passen in de interventie werden aan de hand van een presentatie nader toegelicht aan de huisartsen om zo ook een beter beeld te krijgen van de mening van huisartsen tegenover de inhoud van de interventie.

Het laatste hoofdstuk in dit rapport beschrijft de interventie zoals deze momenteel is opgebouwd, rekening houdende met de resultaten van de haalbaarheidsstudie.

Hoofdstuk 1

Vooronderzoek via vragenlijsten bij huisartsen

1 Doel

Het doel van deze haalbaarheidsstudie was het in kaart brengen van barrières en meningen van huisartsen tegenover preventie. Er werd nagegaan of huisartsen aan preventie doen, wat hindernissen zijn om aan preventie te doen, of er voldoende middelen zijn om aan preventie te doen en welke middelen vooral worden gebruikt en naar welke middelen voor preventie de voorkeur van huisartsen uitgaat. Via deze vragenlijst werd ook gepeild of huisartsen het nodig vinden dat er een nieuwe interventie ontwikkeld wordt. Vervolgens werd een flow chart met de opbouw van de nieuwe interventie aan de huisarts voorgesteld, gevolgd door enkele vragen hierbij. Daarbij werd nagegaan of er al een gelijkaardig systeem werd gebruikt en of men dit een goede en integreerbare interventie vindt. Men ging ook na of men deze interventie wel zou gebruiken voor preventie en waarom wel of niet. De mening tegenover het gebruik van elektronische middelen en de opbouw en de inhoud van de interventie werd bevraagd aan de hand van enkele stellingen. Tot slot werden verdere suggesties bij de interventie bevraagd aan de hand van een open vraag. De gegevens die via deze studie werden verkregen, werden gebruikt om de interventie verder uit te werken en om de focusgroep interviews met huisartsen voor te bereiden.

2 Methode

Via de website <http://www.mediwacht.be> werd een lijst van huisartsen uit Gent en Brakel verkregen. Huisartsen uit Gent en Brakel werden telefonisch gecontacteerd (Convenience sample). Daarbij werd gevraagd of de onderzoeker gedurende een 15tal minuten een vragenlijst persoonlijk mocht afnemen bij de huisarts. De huisartsen werden willekeurig geselecteerd waardoor niet enkel gemotiveerde huisartsen werden geselecteerd en een meer representatieve steekproef werd bekomen. De vragenlijst werd afgenomen aan de hand van een interview waarbij de antwoordmogelijkheden werden overlopen en aangekruist door de onderzoeker, wanneer de huisarts zelf extra informatie gaf, werd dit ook genoteerd.

3 Resultaten

3.1 Beschrijving van de deelnemende huisartsen

In totaal werden 36 huisartsen opgebeld waarvan bij 25 huisartsen de vragenlijst mocht worden afgenomen (reponse rate = 69%). De beschrijvende gegevens van de deelnemende huisartsen zijn terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1 Beschrijving deelnemende huisartsen

Geslacht	♂ : n = 17 (68%) ♀ : n = 8 (32%)
Gemiddelde leeftijd	50 jaar (SD = 10.84)
Groepspraktijk vs. solo huisarts	Groepspraktijk: n = 11 (44%) Solo huisarts: n = 14 (56%)
Gemiddeld aantal jaar ervaring als huisarts	24 jaar (SD = 10.67)
Beschikken over administratieve ondersteuning	Administratieve ondersteuning: n = 12 (48%) Geen administratieve ondersteuning: n = 13 (52%)
Beschikken over draadloos internet in de praktijk	Draadloos internet: n = 3 (12%) Geen draadloos internet: n = 22 (88%)
Beschikken over een computer in de wachtzaal	Pc in wachtzaal: n = 0 (0%) Geen Pc in wachtzaal: n = 25 (100%)
Gebruik makend van een computerdossier	Ja: 21 (84%) Nee: 4 (16%)
Corresponderen via email met patiënten	Ja: 11 (44%) Nee: 14 (56%)

3.2 Huidige preventie

Van de deelnemende huisartsen geeft 92% aan dat men aan preventie rond voeding en beweging doet. In tabel 2 is aangegeven hoeveel procent van de huisartsen aan preventie doet bij de aangegeven situaties. Hieruit blijkt dat huisartsen niet vaak aan primaire preventie doen aangezien maar 8.7% van de huisartsen aan preventie doet bij alle patiënten. Men kan eerder spreken over secundaire preventie aangezien men voornamelijk aan preventie doet wanneer men dit zelf nodig acht (91.3%) of bij een gerelateerde klacht (69.6%).

Tabel 2 Percentage huisartsen dat aan preventie doet bij de opgegeven situaties

Situatie	Percentage (%) huisartsen
Als ik als huisarts het zelf nodig acht en het aangeef	91.3 %
Als patiënten er zelf naar vragen	69.6 %
Bij een gerelateerde klacht	69.6 %
Bij alle patiënten die langskomen in de praktijk	8.7 %

In tabel 3 wordt aangegeven welke middelen door hoeveel procent van de deelnemende huisartsen worden gebruikt. Hieruit blijkt dat folders en flyers door de meeste huisartsen worden gebruikt, gevolgd door het GMD+ en de gezondheidsgids van Domus Medica. Website worden door minder huisartsen gebruikt.

Tabel 3 Middelen gebruikt door percentage huisartsen

Situatie	Percentage (%) huisartsen
GMD+	52.5 %
Gezondheidsgids Domus Medica	30.4 %
Voeding Uitgedokterd	13.4 %
Folders en flyers	69.6 %
Websites	21.7 %
Enkel mondeling	43.5 %
Andere (doorverwijzing naar de diëtiste, ...)	21.7 %

3.3 Hindernissen om aan preventie te doen

Wanneer gepeild werd naar de hindernissen om aan preventie te doen werd door de meeste huisartsen (72%) aangegeven dat men hier te weinig tijd voor heeft. Van de deelnemende huisartsen gaf ook 76% aan dat er een gebrek is aan gestandaardiseerde, betrouwbare middelen om aan preventie te doen. Andere hindernissen die werden aangegeven ten opzichte van preventie zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4 Hindernissen om aan preventie te doen

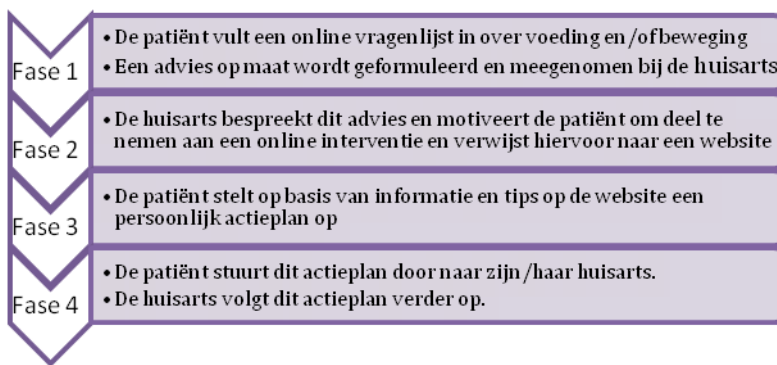
Situatie	Percentage (%) huisartsen
Te weinig gestandaardiseerde, betrouwbare middelen	76 %
Te weinig tijd	72 %
Moeilijk aan te brengen aan patiënten	36 %
Te weinig middelen	12 %
Levert te weinig resultaten	12 %
Te weinig kennis	8 %
Preventie is geen taak voor de huisarts	0 %

3.4 Mening tegenover het voorstel van de nieuwe interventie

3.4.1 Mening tegenover de methode van de interventie

Van de deelnemende huisartsen geeft 76% aan dat men het nodig vindt dat er een nieuwe interventie wordt ontwikkeld voor de huisarts om aan preventie te doen. De voorkeur van deze huisartsen gaat vooral uit naar interventies die gebruik maken van folders en flyers (72%) en iets minder naar het gebruik van online middelen (64%). 32% van de huisartsen geeft ook nog aan gebruik te maken van andere middelen zoals het doorsturen naar een diëtiste, het gebruik maken van de media en het gebruiken van een tablet.

Het onderzoek verduidelijkt een eerste, zeer algemeen voorstel van de eHealth interventie aan de hand van figuur 1.



Figuur 1 Voorstel interventie in haalbaarheidsstudie

Van de deelnemende huisartsen geeft 78.3% aan dat men de interventie zou gebruiken en 52.2% vindt dat deze interventie gemakkelijk zou te integreren zijn. Slechts 4% geeft aan dat men de interventie bij alle patiënten zou gebruiken (primaire preventie). De grootste groep huisartsen geeft aan dat men de interventie zou gebruiken wanneer men het zelf nodig acht (64%), wanneer patiënten een gerelateerde klacht aan voeding en/of beweging hebben (56%) of wanneer patiënten er zelf naar vragen (76%).

Maar 4.3 % van de huisartsen geeft aan een tablet of pc in de wachtzaal een goed systeem te vinden om deze interventie toe te passen. De meerderheid (60.9%) geeft aan eerder gebruik te maken van een flyer met een link naar de website op. 34.8% van de huisartsen is voorstander van een combinatie van deze beide systemen. De meerderheid van de huisartsen (75%) vindt het ook een goed idee dat het actieplan kan worden doorgemaild naar de huisarts maar zou dit niet verder opvolgen via mail. In een verder consultatie zou 83% het actieplan wel opvolgen.

In tabel 5 wordt aangegeven welke factoren door welke percentage huisartsen als hinderende factoren bij de interventie werd aangegeven. De hindernis die door de helft van de huisartsen (52%) werd gerapporteerd is dat veel patiënten thuis niet met een pc werken. Opnieuw werd de hindernis 'onvoldoende tijd' door de meeste huisartsen gerapporteerd.

Tabel 5 Hindernissen tegenover de voorgestelde interventie

Situatie	Percentage (%) huisartsen
Veel patiënten werken thuis niet met een pc	52 %
Wachttijden in de wachtkamer zijn te kort	44%
Patiënten willen niet vroeger of extra op consultatie komen	44 %
Onvoldoende tijd	40 %
Veel patiënten kunnen de vragenlijst niet zelfstandig invullen	36 %
Werken op afspraak	36%
Patiënten gaan weigerachtig staan tegenover het computersysteem	16 %
Ik zal patiënten niet voldoende kunnen motiveren om naar de website te gaan	20 %
De interventie is moeilijk aan te brengen aan patiënten	12 %
“Ik vind het goed dat patiënten het actieplan kunnen doormailen naar mij”	75 %
“Ik zou het actieplan opvolgen in een verdere consultatie”	83 %
“Ik zou het actieplan opvolgen via mail”	25 %

3.4.2 Mening tegenover de inhoud van de interventie

Aan de huisarts werd toegelicht dat in de interventie een vragenlijst zal worden gebruikt waarbij een op maat advies zal worden voorzien voor de patiënt. Ook gaf men aan dat het de bedoeling is dat er zoveel mogelijk keuzemogelijkheden worden ingebouwd voor patiënten en dat patiënt een eigen actieplan kunnen opmaken waarin men eigen doelen opstelt rond voeding en beweging. De meerderheid van de huisartsen staat positief tegenover de inhoud van de interventie. Men geeft aan dat men een online op maat advies goed vindt en men is ook positief tegenover het actieplan dat patiënten zelf dienen op te stellen. In tabel 6 wordt aangegeven welk percentage huisartsen akkoord was met positieve stellingen met betrekking tot de inhoud van de interventie.

Tabel 6 Mening tegenover de inhoud van de interventie

Stelling	Percentage (%) huisartsen
“Ik vind het goed dat er een vragenlijst a.d.h.v. een pc wordt afgenomen”	60 %
“Ik vind het op maat advies goed”	95 %
“Ik zou mijn patiënten doorverwijzen naar deze website”	96 %
“Ik vind het goed dat patiënten een eigen actieplan kunnen opstellen met eigen doelen”	88 %

3.5 Huidig gebruik van computer/internet door de deelnemende HA

De meeste huisartsen geven aan al gebruik te maken van een computer of internet in de praktijk. In de wachtzaal heeft geen enkele van de deelnemende huisartsen een computer of tablet beschikbaar. In tabel 7 zijn nog enkele gegevens weergegeven m.b.t. tot het elektronisch gebruik van de deelnemende huisartsen.

Tabel 7 Huidig gebruik elektronische middelen

Stelling	Percentage (%) huisartsen
“Ik maak gebruik van een computer in mijn praktijk”	92 %
“Ik maak gebruik van internet in mijn praktijk”	88 %
“Ik beschik over een computer in de wachtzaal”	0 %
“Het is mogelijk om een computer in de wachtzaal te plaatsen”	32 %
“Ik correspondeer via email met patiënten”	44 %
“Ik gebruik een computerdossier”	84 %
“Ik gebruik een systeem voor online afspraken”	12.5%

4 Discussie

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen preventie belangrijk vinden en dat men vindt dat dit een taak is voor de huisarts. Uit de antwoorden blijkt echter dat huisartsen vooral aan secundaire preventie doen en niet aan primaire preventie. Men doet namelijk het meest aan preventie wanneer men het nodig acht of wanneer er een gerelateerde klacht is. Huisartsen geven aan dat er te weinig tijd en te weinig gestandaardiseerde middelen zijn om aan preventie te doen. Het zal dus nodig zijn om een interventie op te bouwen die deze hindernissen tracht te verminderen. Een element dat suggereert deze barrière voor huisartsen te verminderen is het aanbieden van online, op maat advies dat gegenereerd wordt door een computerprogramma. Dit advies wordt automatisch door de online interventie voorzien en hoeft dus niet meer door de huisarts opgezocht en opgesteld te worden. De huisarts dient dit advies enkel kort te overlopen en te bespreken met de patiënt. Een tweede element uit de interventie is het feit dat de patiënt zo zelfstandig mogelijk aan het werk zou worden gezet via de online interventie. Op die manier ligt de nadruk vooral op de patiënt en minder op de huisarts waardoor deze mogelijks tijd kan winnen en toch aan (primaire) preventie kan doen.

Wanneer deze interventie wordt voorgesteld aan de huisartsen geeft men toch opnieuw de barrière te weinig tijd aan. De interventie en de wijze waarop de huisarts deze moet toepassen zal dus op een gestandaardiseerde wijze moeten worden toegelicht aan de huisarts.

De meerderheid van de huisartsen staat positief tegenover het persoonlijk advies voor patiënten, tegenover de keuzemogelijkheden en het actieplan dat patiënten kunnen opstellen. Enerzijds vinden huisartsen het inhoudelijke idee van een advies op maat te bieden goed maar anderzijds geeft de meerderheid aan voorstander te zijn van het gebruik van flyers en folders. Men staat dus positief tegenover de inhoud van de interventie maar minder tegenover de methode om dit toe te passen. Een

deel van de huisartsen staat echter ook open voor het gebruik van online middelen. Daarom lijkt het voor de huisartsenpraktijk aangewezen om naast het computersysteem voor het op maat advies ook gebruik te maken van flyers en folders. In de studie van de Cocker et al. (2012) kreeg men echter maar een response rate van 4% voor een online interventie waarbij flyers met een verwijzing naar een website in de wachtkamer van de huisarts werden gelegd. Het lijkt dus een beter idee om de interventie ook al online te starten bij de huisarts. Omdat nog geen enkele huisarts beschikt over een computer in de wachtkamer, zullen voor de nieuwe interventie daarom tablets ter beschikking gesteld worden. De wijze waarop deze tablets kunnen gebruikt worden in de praktijk van de huisarts zal worden besproken tijdens de focusgroepen met huisartsen. Een minderheid van de huisartsen geeft aan het actieplan verder via mail te willen bespreken. Op dit voorstel zal dus ook verder moeten worden ingegaan tijdens de focusgroepen met huisartsen.

Uit de bevraging rond het elektronisch gebruik blijkt dat de meeste huisartsen al gebruik maken van een computer en internet in de praktijk. Huisartsen geven echter wel aan te denken dat weinig van hun patiënten gebruik maken van een computer of internet. Deze opvatting komt echter niet overeen met de gegevens uit de studie van de Federale Overheidsdienst van economie (2012). Uit deze gegevens blijkt dat de meerderheid van de Belgische bevolking (80%) beschikt over minstens één computer en dat 75% beschikt over een internetaansluiting. Een derde maakte ook gebruik van een tablet, smartphone of gsm om verbinding te maken met het internet. Binnen dit project zal er ook een studie worden uitgevoerd waarbij de bruikbaarheid van de tablet wordt getest bij een groep volwassenen van 18 tot 65 jaar die ad random zal worden geselecteerd.

De meerderheid van de huisartsen geeft aan dat er nood is aan een interventie voor de huisarts om aan preventie te doen, wat suggereert dat de verdere ontwikkeling van de interventie zinvol kan zijn. Omwille van de kleine steekproef ($n = 25$) zijn de gegevens niet te generaliseren naar de Vlaamse huisartsen. Deze studie was vooral een voorstudie om een eerste voorstel van een interventie te kunnen uitwerken en om een interviewgide voor focusgroepen bij huisartsen te kunnen opstellen. Tijdens de focusgroepen zal ook de zelfregulatie theorie waarop de inhoud van de interventie is gebaseerd verder worden toegelicht aan de deelnemende huisartsen. Op die manier zal men tijdens de focusgroepen nog dieper kunnen ingaan op de mening tegenover de inhoud van de interventie.

4.1 Belangrijkste conclusies voor de interventie en de focusgroepen

- De interventie zal zo moeten worden opgebouwd dat men de huisarts wel betreft maar dat dit niet te veel tijd vraagt van de huisarts. Het online persoonlijk advies en het feit dat de patiënt zelf zoveel mogelijk centraal wordt gesteld zijn twee elementen waar van gesuggereerd wordt dat deze de hindernis te weinig tijd verminderen.
- Ook bij het voorstel van de interventie met de tijdbesparende elementen in geven huisartsen als barrière aan dat men te weinig tijd zal hebben hiervoor. In de focusgroepen kan hierop verder worden ingegaan om tot meerdere oplossingen te komen.
- De meerderheid van de huisartsen staat positief tegen over de inhoud van de interventie. De inhoud kan dus worden behouden en verder uitgewerkt op de zelfde manier. Tijdens de focusgroepen kan verder worden ingegaan op de verschillende aspecten van de zelfregulatie theorie en bijhorende methodes die daarvoor zullen worden gebruikt in de interventie.

- Huisartsen geven aan voornamelijk gebruik te maken van folders en flyers en voorstander te zijn om in de nieuwe interventie opnieuw gebruikt te maken van folders en flyers. Voor het op maat advies is het echter nodig om gebruik te maken van computergestuurde middelen. Daarom kan in deze interventie een combinatie van methodes worden gebruikt.
- Geen enkele huisarts beschikt over een computer in de wachtzaal. Daarom wordt voorgesteld een tablet te gebruiken voor de interventie. De manier waarop de tablet, al dan niet in combinatie met folders, kan worden gebruikt, kan verder worden bevraagd tijdens de focusgroepen.
- De manier waarop het actieplan kan worden besproken (via mail of in de consultatie) dient ook tijdens de focusgroepen aanbod te komen.

Hoofdstuk 2

Focusgroepen met stakeholders: “De mening van Vlaamse huisartsen over de haalbaarheid en bruikbaarheid van een eHealth interventie voor gezondheidspromotie rond voeding en beweging bij volwassenen”

1 Presentatie huisartsen

Om de deelnemende huisartsen een voldoende adequaat beeld te geven van de methode en de inhoud van de interventie werd voorafgaand aan de focusgroep interviews een presentatie gegeven. In deze presentatie werden de volgende items toegelicht:

- Belang preventie en gezondheidspromotie
- Rol van de huisarts
- De inhoud van de interventie: zelfregulatie!
 - ♦ Wat is zelfregulatie
 - ♦ Afwijken van het traditioneel medisch model
 - ♦ De drie fases van de zelfregulatietheorie en bijhorende methodes
 - ♦ Resultaten uit voorgaand onderzoek i.v.m. zelfregulatie
- Het voorstel voor de methode van de interventie
 - ♦ Vragenlijsten rond voeding en beweging
 - ♦ Gebruik computer tailoring → persoonlijke feedback
 - ♦ Gebruik tablet (3 voorstellen)
 - ♦ Opmaak van een actieplan en follow-up actieplan
 - ♦ Doelgroep van de interventie
 - ♦ Demonstratie aan de hand van een flow chart en enkele printscreens

In bijlage 1 is de powerpoint presentatie terug te vinden die werd gebruikt voor deze presentatie.

2 Focusgroep interviews

Tijdens de focusgroep interviews was het vooral de bedoeling om meer in detail in te gaan op de methode en de praktische haalbaarheid van de interventie en op de inhoud van de interventie.

Voor de interviews werd vooraf een interviewgide opgemaakt die de verschillende vragen omvatte die dienden aanbod te komen. Deze bestond uit verschillende open vragen die gebaseerd waren op de voorafgaande haalbaarheidsstudie en op het literatuuronderzoek. Het interview bestond uit twee delen, in het eerste deel werd vooral ingegaan op de attitude van huisartsen tegenover de inhoud (concept zelfregulatie) van de interventie. Daarbij werd nagegaan of huisartsen geloven in de effectiviteit van de principes van de zelfregulatie theorie en of ze al eerder succes hadden ondervonden door deze principes toe te passen. De onderzoeksvragen bij de inhoud van de interventie zijn:

- Wat is de attitude van huisartsen tegenover het gebruik van de principes van de zelfregulatie theorie?
 - ♦ Hoe staan huisartsen tegenover de keuzevrijheid van patiënten?
 - ♦ Geloven huisartsen in de effectiviteit van de principes van zelfregulatie bij deze interventie?
 - ♦ Hebben huisartsen al succes waargenomen door de principes van zelfregulatie toe te passen?

In het tweede deel werd ingegaan op de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole bij de methode van de interventie. Daarbij werden de verschillende onderdelen m.b.t. de methode zoals het gebruik van de tablet in de huisartsenpraktijk, het bespreken van de actieplannen en de te selecteren doelgroep besproken. De onderzoeksvragen bij de methode van de interventie zijn:

- Wat is de attitude van huisartsen tegenover de methode van de interventie?
 - ♦ Hoe staat men tegenover het gebruik van een tablet bij de interventie?
 - ♦ Op welke manier kan men de tablet best gebruiken binnen de huisartsenpraktijk?
 - ♦ Kan dit in combinatie met folders/flyers gebeuren?
 - ♦ Op welke manier kunnen huisartsen het actieplan van patiënten opvolgen?
 - ♦ Kan dit via email gebeuren?
 - ♦ Geloven huisartsen in de effectiviteit van deze interventie?
- Wat is de subjectieve norm bij huisartsen tegenover deze interventie?
 - ♦ Vinden huisartsen het een rol voor de huisarts om een dergelijke interventie ter beschikking te stellen?
 - ♦ Gaan patiënten een dergelijke interventie willen gebruiken bij de huisarts?
- Wat is de waargenomen gedragscontrole bij huisartsen tegenover deze interventie?
- Wat zijn hinderende en faciliterende factoren tegenover de verschillende onderdelen van de interventie?
 - ♦ Wat zijn hindernissen voor de eerst voorgestelde methode waarbij een tablet in de wachtdaer wordt geplaatst (methode 1)? Zijn er ook positieve punten aan deze methode?
 - ♦ Wat zijn hindernissen voor de methode waarbij de huisarts de tablet af geeft aan patiënten die in de wachtdaer zitten (methode 2)? Zijn er ook positieve punten aan deze methode?
 - ♦ Wat zijn hindernissen voor de methode waarbij de huisarts de tablet geeft aan patiënten tijdens de consultatie (methode 3)? Zijn er ook positieve punten aan deze methode?
 - ♦ Wat zijn hindernissen bij de opvolging van het actieplan?
- Biedt deze interventie een oplossing voor de door huisartsen aangegeven barrières in vorig onderzoek om aan preventie en gezondheids promotie te doen?
 - ♦ Welke nieuwe ideeën of aanvullingen geven huisartsen aan die kunnen worden ondergebracht in de interventie?

De interviewgids met de vragenroute en checklist voor de focusgroepen is terug te vinden in bijlage 2.

3 Ethische goedkeuring

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van het universitair ziekenhuis Gent. EC project 2012/906 en Belgisch registratienummer: B670201215918. De deelnemers werden gevraagd een informed consent te ondertekenen. Hierbij geeft men aan vrijwillig te hebben deelgenomen en geeft men de toestemming voor het anonieme gebruik en de verwerking van de gegevens.

4 Piloottest

De interviewgide werd in eerste instantie voorgesteld aan prof. dr. Myriam Deveugele van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Zij gaf aan dat het belangrijk was om ook een presentatie te geven waarin de inhoud van de interventie en de rol van de huisarts voldoende werd benadrukt. De presentatie en de vragen voor de focusgroep interview werden ook voorgesteld aan een huisarts die niet deelnam aan het onderzoek om zo de duidelijkheid van het interventievoorstel en van de vragen te controleren. Deze huisarts gaf aan dat alles voldoende duidelijk was maar dat het ook handig kon zijn om enkele printscreens van de interventie in de presentatie te implementeren, zodanig dat de opbouw van de interventie duidelijk genoeg was.

5 Sampling en rekrutering

De focusgroepen werden georganiseerd tijdens de Lok-vergaderingen van erkende Lok-groepen van Vlaamse huisartsen. LOK-groepen zijn Lokale onderzoekskringen waarin geaccrediteerde huisartsen vier maal per jaar samenkomen. Elke Lok moet per jaar vier vergaderingen van minstens een uur houden. Elke geaccrediteerde arts moet per accrediteringsjaar verplicht deelnemen aan minsten twee vergaderingen van zijn eigen Lok. Via het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) werd een lijst verkregen van alle LOK-groepvoorzitters van Vlaanderen. Deze lijst werd afgegaan en de LOK-groepvoorzitters werden telefonisch gecontacteerd. Men kan hier dus spreken van een 'convenience sample'.

Tijdens een telefoongesprek werd toegelicht dat er een lezing werd aangeboden rond een nieuwe interventie rond preventie en gezondheids promotie rond voeding en beweging gericht op zelfregulatie voor de Lok-groepen in juni en september (2013). Huisartsen die verdere interesse hadden in deze lezing kregen meer uitleg. Bij het informeren, werd vermeld dat naast de lezing een discussie werd gehouden om inzicht te krijgen in de meningen van huisartsen tegenover de interventie. Daarnaast werden afspraken gemaakt over het verloop van de sessie, het tijdstip en de locatie. De voorzitter van de deelnemende lokgroep deelde de datum en het onderwerp mee aan de andere leden van de lokgroep. De totale sample was afhankelijk van het aantal leden per lokgroep en de opkomst naar de lezing.

6 Locatie en setting

De focusgroepen vonden plaats in de vertrouwelijke ruimte waar de Lok-groep gewoon is om te vergaderen. Wanneer de voorzitter van de Lokgroep echter zelf geen lokaal kon voorzien, dan werd een lokaal in het gebouw van de Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen (Universiteit Gent)

aangeboden. Stoelen werden zo geplaatst dat alle participanten tegenover elkaar konden zitten en oogcontact konden maken. Elke focusgroep werd geleid door dezelfde moderator die geassisteerd werd door een co-moderator.

7 Analyse

De interviews werden opgenomen en letterlijk getranscribeerd. De verwerking en het coderen van de interviews gebeurde in NVivo. Eén van de interviews zal nog een tweede maal worden gecodeerd door de co-moderator om de inter-rater reliability na te gaan.

Dit is een inductief kwalitatief onderzoek daar voor de analyses een codeboom (zie bijlage 3) werd opgebouwd vertrekkende vanuit het model van de theorie van gepland gedrag en het model van Ampt et al. (2009). De codeboom werd aangevuld met determinanten van huisartsen tegenover preventie uit bestaande onderzoeken (Ampt et al. (2009); Jacobsen et al. (2005), McAVOY et al. (1999); Shakeshaft et al. (2003)). In de bestaande onderzoeken werden determinanten tegenover de algemene preventie door huisartsen nagegaan. In deze nieuwe studie werd verder ingegaan op dezelfde determinanten maar tegenover de specifieke, voorgestelde eHealth interventie. Er werd gekeken waar er overeenkomsten werden gevonden met de aangegeven determinanten uit vorig onderzoek en of er nieuwe determinanten en/of factoren konden worden toegevoegd. Daarbij werd vooral ingegaan op de praktische haalbaarheid van de interventie met het oog op de mogelijkheid tot implementatie van deze interventie in de huisartsenpraktijk. Er werd daarvoor ook voldoende ruimte gelaten voor nieuwe of aanvullende voorstellen van de deelnemende huisartsen om de interventie zoveel mogelijk aan te passen aan de noden van de huisarts zelf. Verder werd ook aandacht besteed aan de mening ten opzichte van het gebruik van de principes van de zelfregulatie theorie in deze interventie.

Voor het huidig onderzoek werden in de interviewgide (zie bijlage 2) vragen opgenomen met betrekking tot de waargenomen gedragscontrole, de subjectieve norm en de attitude van huisartsen, specifiek tegenover de nieuwe interventie.

8 Resultaten

8.1 Beschrijving van de deelnemende huisartsen

In totaal werden 6 verschillende focusgroep interviews afgenomen bij Lok-groepen waar gemiddeld 9 huisartsen naartoe kwamen. De totale sample bestond uit 50 huisartsen. Er deden drie Lok-groepen uit Gent mee aan het onderzoek, een Lok-groep uit Aalst, Kruishoutem, Ronse en Zottegem. De beschrijvende gegevens van de deelnemende huisartsen zijn terug te vinden in tabel 8.

Tabel 8 Beschrijving deelnemende huisartsen

Geslacht	♂ : n = 31 (62%) ♀ : n = 19 (38%)
Gemiddelde leeftijd	52 jaar (SD = 10.14)
Groepspraktijk vs. solo huisarts	Groepspraktijk: n = 26 (52%) Solo huisarts: n = 24 (48%)
Gemiddeld aantal jaar ervaring als huisarts	25 jaar (SD = 10.51)
Beschikken over administratieve ondersteuning	Administratieve ondersteuning: n = 16 (32%) Geen administratieve ondersteuning: n = 34 (68%)
Beschikken over draadloos internet in de praktijk	Draadloos internet: n = 38 (76%) Geen draadloos internet: n = 12 (24%)
Beschikken over een computer in de wachtzaal	Pc in wachtzaal: n = 6 (12%) Geen Pc in wachtzaal: n = 44 (88%)
Willen verder meewerken aan de evaluatie van deze studie	Ja: 34 (68%) Nee: 16 (32%)

Van de 50 deelnemende huisartsen waren 62% mannen en 38% vrouwen en de gemiddelde leeftijd was 52 jaar. Ongeveer de helft van de huisartsen (52%) werkte in een groepspraktijk en 32% beschikt over administratieve ondersteuning. In de wachtzaal beschikt maar 12% van de huisartsen over een computer en 76% beschikt wel over draadloos internet in de praktijk. Na de voorstelling van de interventie en na de discussie werd gevraagd de laatste vraag van de algemene vragenlijst in te vullen die naging of huisartsen bereid zijn verder mee te werken aan de evaluatiestudies van deze interventie. Van de 50 huisartsen willen 34 huisartsen hieraan verder meewerken (= 68%).

8.2 Resultaten m.b.t. de mening tegenover de inhoud van de interventie

8.2.1 Attitude tegenover de inhoud van de interventie (zelfregulatie)

Tijdens de presentatie werden de verschillende strategieën voorgesteld die in de interventie geïntegreerd zijn om zo de principes van de zelfregulatie theorie toe te passen in de interventie.

De grote meerderheid van de huisartsen stonden zeer positief tegenover het gebruik van de principes van de zelfregulatietheorie. De voorgestelde technieken kunnen volgens veel huisartsen wel leiden tot een effectieve gedragsverandering. De meerderheid van de huisartsen vindt het goed dat patiënten zelf bepalen rond welk gezondheidsgedrag de patiënt zelf de interventie wil gebruiken. Men geeft aan dat persoonlijk relevante en haalbare doelen beter en vlugger zullen worden bereikt dan wanneer men de gezondheidsnorm oplegt aan een patiënt. Sommige huisartsen hebben wel twijfels of deze lage doelen wel chronische ziektes kunnen voorkomen. Men geeft daarbij aan dat het wel belangrijk is dat de patiënt aangemoedigd wordt om op termijn de gezondheidsnorm te behalen.

Veel huisartsen geven aan dat men deze principes zelf ook al toepast wanneer men consultaties voert rond voedingsgedrag. Men geeft daarbij ook aan meer succes te ondervinden wanneer een aanpak gehanteerd wordt waarbij men patiënten zelf zaken laat bepalen rond hun gezondheidsgedragingen. In tabel 9 zijn enkele citaten weergegeven i.v.m. de attitude tegenover het gebruik van de principes van de zelfregulatietheorie.

Tabel 9 Attitude zelfregulatie

"Citaten attitude zelfregulatie"
"De eerste stap komt zo toch van de patiënt, jij kunt een beetje prikkelen in de wachtzaal. Als wij het aanbrengen is het altijd minder goed." (H6 Ronse)
"Maar meestal doen wij dat zo al, ik leg nooit op hoeveel ze moeten vermageren" (H2 Kruishoutem)
"Het goeie ligt naar mijn gevoel wel om de mensen persoonlijk te laten kiezen van wat is er te doen voor mij? Want anders inderdaad, krijg je automatisch een weerstand, als jij ze zegt wat ze misschien kunnen doen." (H11 Gent2)
"Ik denk dat de motivatie veel groter is als ze intrinsiek is natuurlijk, als ze van de patiënt zelf komt buiten als ze van ons opgelegd wordt is het altijd veel moeilijker." (H10 Zottegem)
"Dat patiënten zelf hun doelen kiezen is voor mij een conditio sine qua non" (H2 Ronse)
"Een patiënt kan dan kiezen om op twee dagen in de week eens een stuk fruit te eten maar brengt dat eigenlijk wel iets bij tot een betere gezondheid?" (H3 Zottegem)
"Ik vind dat dat het punt is, ze moeten zelf iets doen, mensen moeten zelf ontdekken dat ze verkeerd bezig zijn" (H4 Aalst)

8.2.2 Waargenomen gedragscontrole bij de inhoud van de interventie

Een hinderende factor die soms werd aangegeven bij het gebruik van de strategieën voor zelfregulatie is dat patiënten te hoge of te lage doelen kunnen stellen. Huisartsen geven voldoende feedback bij de doelen aan als oplossing. Sommige huisartsen geven ook aan dat men het moeilijk vindt om niet te veel te sturen. Men geeft als oplossing aan om de gezondheidsnormen puur informatief ook te vermelden maar om deze niet op te leggen aan patiënten. In tabel 10 zijn citaten weergegeven die hinderende factoren bij zelfregulatie aangeven.

Tabel 10 Citaten hinderende factoren zelfregulatie

“Citaten hinderende factoren zelfregulatie”

“Maar anderzijds moet je toch zorgen dat je ze feedback geeft dat ze het doel moeten bereiken waarvan bewezen is dat het een effect heeft” (H3 Zottegem)

“Er moeten misschien normen bijstaan informatief, ale wat dat ge denkt dat goed is waardoor dat mensen direct kunnen zien, ah ik voldoe precies niet” (H2 Gent1)

Het opstellen van het actieplan en de ALS-DAN plannen vinden huisartsen goede strategieën om patiënten eigen doelen te laten stellen rond hun gezondheidsgedrag (faciliterende factor: actieplan). Men geeft ook aan dat patiënten zelf de keuze moeten krijgen of men de tablet al dan niet gebruikt. Ook vindt men de follow-up module een goede strategie om patiënten hun doelen te laten bijsturen. In tabel 11 zijn enkele faciliterende factoren weergegeven m.b.t. zelfregulatie.

Tabel 11 Citaten faciliterende factoren zelfregulatie

“Citaten faciliterende factoren zelfregulatie”

“Maar als ze zelf mogen kiezen heb je het voordeel dat ze geëngageerd zijn om er iets aan te doen, om dat dan er het minste weerstand is..” (H2 Gent2)

“Ik denk dat er in de tool zeker een mogelijkheid moet zijn dat de patiënt herinnerd wordt aan zijn doelen en ze kan aanpassen, via e-mail of sms” (H4 Gent2)

“Zou je ook niet ergens toch moeten kunnen uitsluiten dat mensen zichzelf hele extreme doelen gaan opleggen? Bijvoorbeeld als ze nooit sport doen dat ze alle dagen een uur gaan joggen ofzo, dat je dat eigenlijk toch wel kunt inbouwen dat ze geen klachten gaan krijgen dat ze veel te hard van stapel lopen. Dat ze het geleidelijk moeten opbouwen, dat dat beter is.” (H4 Ronse)

“Het mag geen verplichting zijn dat ze de tablet moeten gebruiken, ze zelf de keuze laten, als ze zich geroepen voelen dat ze gerust met die tablet mogen spelen en hebben ze geen zin dan hoeft het niet.” (H7 Kruishoutem)

8.2.3 Subjectieve norm bij de inhoud van de interventie

De meeste huisartsen vinden de principes van de zelfregulatietheorie een aangewezen methode voor huisartsen om aan preventie te doen. Men vindt dat huisartsen patiënten voldoende keuzemogelijkheden moeten geven bij het bepalen van hun eigen gezondheidsgedrag. Citaat H2 Gent2: “Dus onze rol als huisarts is om het aan de mensen te kennen te geven en een aanzet te geven en dan misschien wel iets van opvolging te geven maar toch niet te veel, ze moeten hun doel zelf bereiken.. ik zie de huisarts dan eerder als aangever, als suggestiegever.”

Men geeft ook aan dat patiënten waarschijnlijk meer geëngageerd zullen zijn en meer open zullen staan om hun gezondheidsgedrag te veranderen door eigen doelen te stellen dan wanneer de doelen worden opgelegd.

8.3 Determinanten m.b.t. de methode van de interventie

8.3.1 Waargenomen gedragscontrole bij de methode van de interventie

- **Faciliterende en hinderende factoren tegenover het gebruik van de tablet**

Tijdens de presentatie werden drie voorstellen gedaan waarop de tablet kon worden geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk. Het eerste voorstel was om de tablet beschikbaar te stellen in de wachtzaal, het tweede voorstel was dat de huisarts de tablet zelf aan patiënten gaf en een derde voorstel was dat de huisarts de tablet gebruikte tijdens de consultatie. Tijdens de discussie werd hierbij aan de huisartsen gevraagd hoe men stond tegenover het gebruik van de tablet en welke methode men het meest haalbaar zag in de praktijk. Daarbij werd vooral ingegaan op hinderende en faciliterende factoren van het gebruik van een tablet.

In en tijdens de consultatie wil de meerderheid van de huisartsen de tablet niet gebruiken omdat dit te veel tijd in beslag neemt (hindernis: *tijdrovend*) en de patiënten vaak andere prioriteiten hebben (hindernis: *andere prioriteiten patiënt*). De tablet kan volgens de meeste huisartsen het best gebruikt worden in de wachtzaal mits de tablet goed zichtbaar is en het goed duidelijk is aan de hand van folders en affiches waarvoor de tablet dient (faciliterende factor: *zichtbaarheid tablet*). Ook wordt vaak aangegeven dat het nodig zal zijn dat de huisarts naar zijn/haar patiënten toe communiceert wat deze studie inhoudt (faciliterende factor: *communicatie door de HA*). Verder wordt aangegeven dat het gemakkelijker is om de tablet beschikbaar te stellen in groepspraktijken of in praktijken waar een praktijkassistente aanwezig is (=faciliterende factor: *praktijkassistent/Hindernis: te weinig personeel*). Huisartsen die op afspraak werken zien het gebruik van de tablet in de wachtzaal echter niet haalbaar (hindernis: werken op afspraak). Een tweede optie die vaak wordt aangegeven en ook als oplossing kan dienen voor huisartsen die op afspraak werken is dat de patiënt de tablet pas gebruikt na de consultatie (=faciliterende factor: *tablet na consultatie*). Als faciliterende factoren tegen over het gebruik van de tablet gaven huisartsen nog aan dat de tablet patiënten waarschijnlijk wel zal *aanspreken* maar dat de tablet wel voldoende *gebruiksvriendelijk* moet zijn. Andere faciliterende factoren tegenover het gebruik van de tablet die ook aanbod kwamen maar iets minder nadrukkelijk of frequent, zijn: enkel het programma mag op de tablet staan, er moeten voldoende tablets beschikbaar zijn, de tablet kan worden doorgegeven in de wachtzaal en het programma op de tablet moet up to date zijn.

Hinderende factoren tegenover het gebruik van een tablet die huisartsen vaak aangeven zijn het feit dat de tablet snel zal gestolen worden (hindernis: stelen tablet), dat de tablet zal aanzien worden als een spelletje (hindernis: spelletje) en eerder door kinderen zal gebruikt worden en dat een tablet niet door iedereen kan gebruikt worden omdat niet iedereen met digitale middelen kan werken (hindernis: digitaal niet voor iedereen) en omdat niet iedereen een emailadres heeft (hindernis: emailadres noodzakelijk). Huisartsen geven aan dat de tablet vooral geschikt is voor jongeren en minder voor ouderen (doelgroep: jongeren). Ook geeft men aan dat de tablet niet geschikt is voor anderstalige patiënten (hinderende factor: anderstalige patiënten) en patiënten met een lagere educatie (hindernis: opleidingsniveau patiënt). Als oplossing gaven sommige huisartsen daarbij aan om nog meer met slagzinnen, afbeeldingen en pictogrammen te werken (faciliterende factor: gebruik slagzinnen en pictogrammen). Sommige huisartsen geven toch nog aan eerder enkel met flyers te werken in plaats van met een tablet omdat dit volgens hen niet praktisch haalbaar is (faciliterende factor: gebruik papier). Men geeft aan dat een oplossing is om een flyer mee te geven aan de patiënt met daarop een verwijzing naar de website. Maar huisartsen geven daarbij ook aan dat communicatie door de huisarts bij deze flyers ook noodzakelijk is. Een ander idee dat werd aangebracht is het plaatsen van de weblink op de website van de huisarts of op een computerscherm in de wachtzaal (faciliterende factors: link website op website of pc-scherm in de wachtzaal). Andere huisartsen vinden dat het vaak afhankelijk is van de situatie of men al dan niet tijd heeft voor het toepassen van deze interventie (hindernis: tijdrovend). Daarom vindt men het vaak aangewezen dat er een combinatie van systemen bestaat. Enerzijds mag de tablet beschikbaar zijn voor patiënten die voldoende tijd hebben in de wachtzaal of voor patiënten die de vragenlijst na de consultatie willen invullen, anderzijds zijn er best ook flyers aanwezig met een verwijzing naar de website die kan worden meegegeven wanneer er onvoldoende tijd is (faciliterende factor: combinatie van middelen). Daarbij werd ook aangegeven dat het aanslaan van het gebruik van een tablet ook verschillend zal zijn naar gelang de regio van de praktijk. Zo werd aangegeven dat de tablet in plattelandsregio's minder zal gebruikt worden dan in steden. Huisartsen in steden geven echter aan dat dit ook verschillend zal zijn naargelang de zone in de stad. In zones waar meer allochtonen aanwezig zijn, zal de tablet moeilijker te gebruiken zijn volgens sommige huisartsen (hinderende factor: regio/culturele achtergrond patiënt). Als hinderende factor werd ook de hoge kost van de tablet aangehaald, waarbij meermaals de vraag werd gesteld door wie de tablet zal gefinancierd worden (hinderende factor: hoge kost). In tabel 12 worden alle faciliterende factoren tegenover het gebruik van een tablet voor preventie opgesomd en voorzien van één of meerdere citaten van de deelnemende huisartsen. In tabel 13 zijn de hinderende factoren tegenover het gebruik van een tablet in de huisartsenpraktijk weergegeven met enkele citaten.

Tabel 12 Faciliterende factoren tegenover het gebruik van een tablet in de huisartsenpraktijk

Faciliterende factoren	"Citaten"
Zichtbaarheid tablet	<p>"Ik denk dat het vooral duidelijk moet zijn dat er iets ligt waar men iets moet met doen. Dus het is nogal moeilijk als dat niet ZICHTBAAR ligt. Er zal al ergens een grote pijl moeten opstaan gelieve in te vullen, gebruiken, en dan nog eigenlijk he..." (H2 Kruishoutem)</p> <p>"Zo een kolommetje maken met de uitleg en een pijl, een beetje zoals een kiosk" (H4 Kruishoutem)</p> <p>"Je moet dat wel heel duidelijk maken met een grote poster erboven" (H4 Gent1)</p>
Communicatie door de huisarts Huisarts als coach	<p>"Je legt u tablet in de wachtzaal maar de mensen weten van niks, wij gaan toch moeten zeggen doe iets met die tablet" (H1 Gent1)</p> <p>"Wij gaan echt moeten motiveren en echt moeten ondersteunen en zeggen dat ze er gezondheidsvoordeel bij hebben" (H1 Zottegem)</p>
Praktijkassistent	<p>"Het onthaal, als iemand zich aanmeldt aan het onthaal en er is iemand die zegt kan je dat eerst eens invullen." (H1 Gent1)</p> <p>"Je zou een praktijkassistent moeten hebben die specifiek gaat richten" (H3 Gent1)</p>
Tablet na de consultatie	<p>"Je kunt erover spreken in uw raadpleging en zeggen voor dat je naar huis gaat vul het nog eens in, in de wachtzaal" (H3 Zottegem)</p>
Tablet is aantrekkelijk, spreekt aan	<p>"Een enquête op een tablet gaat meer succes hebben dan één op papier gewoon door het feit van dat in uw hand te hebben en op knopjes te mogen duwen" (H4 Gent1)</p>
Gebruiksvriendelijkheid van de tablet	<p>"Eigenlijk een beetje zoals aan een bankautomaat he, uiteindelijk aleja mensen kunnen toch ook wel geld afhalen ook hé uit de muur" (H6 Kruishoutem)</p>
Gebruik slagzinnen en pictogrammen	<p>"Ja het moet zijn eigen uitwijzen he" (H2 Kruishoutem)</p> <p>"Ja dat advies in slagzinnen geven en niet in volzinnen of gebruik maken van pictogrammen" (H3 Gent2)</p>
Gebruik van papieren middelen	<p>"Ik denk ook dat veel mensen nog altijd het invuldocument appreciëren boven tablets" (H2 Gent2)</p> <p>"Ik vraag mij ook af of dat niet gemakkelijker is gewoon met papieren lijstjes he" (H8 Kruishoutem)</p>
Een combinatie van middelen	<p>"Volgens mij is het geen of of maar een en en, de ene wil de tablet en de andere wil flyers, tis een beetje te zien wat de mogelijkheden zijn en wat ze in de praktijk kunnen doen" (H1 Ronse)</p>

Tabel 13 Hinderende factoren tegenover het gebruik van een tablet in de huisartsenpraktijk

Hinderende factoren	"Citaten"
Tijdrovend	<p>"Ik vind het niet zo haalbaar om dat in uw praktijk tijdens de consultatie te gaan gebruiken want dat zal wel efkes tijd in beslag nemen" (H6 Gent2)</p> <p>"Of dat je daar dan weer tijd verkortend mee bent, dan moet je uitleggen waarom dat die tablet er ligt (H6 Kruishoutem)</p> <p>"Ik zie dat in mijn praktijk niet zitten, dat is veel te tijdsintensief, want dan komen mensen bij u met een extra probleem dat hen overvalt." (H4 Aalst)</p>
Andere prioriteiten patiënt	<p>"Maar voor die mensen is dat geen boodschap op dat moment hé, die komen als ze een verkoudheid hebben of als ze pillekes nodig hebben." (H4 Aalst)</p> <p>"Bovendien denk ik dat mensen die in de wachtzaal zitten die voelen zich niet goed of ze hebben iets aan de hand, ze hebben zij geen zin om zich op die moment daar mee bezig te houden. Dat ze dat doen de week nadien als hun griep genezen is, van ik ga nu eens aan mijn gezondheid denken. Ik denk dat dat veel efficiënter ga werken ze" (H4 Gent1)</p> <p>"Ik zou sowieso dat liever eerst met de patiënt bespreken want die patiënt komt misschien voor totaal iets anders, die zit dan met twee verschillende dingen in zijn hoofd, die komt dan de consultatie binnen, die is met die vragenlijst bezig geweest, die kwam eigenlijk voor iets heel anders, ik vind dat eigenlijk een beetje verwarrend voor de patiënt." (H6 Ronse)</p>
Stelen van de tablet	<p>"Die tablet gaat voeten krijgen hoor" (H3 Kruishoutem)</p> <p>"Laten we beginnen met het eerste, ge legt de tablet in de wachtzaal, die verdwijnt" (H1 Gent1)</p>
Te weinig personeel	<p>"Nu dit model zou bijvoorbeeld lukken in groepspraktijken, het is nu toevallig dat we hier met 5 solo artsen zitten, ik zie sowieso als zo 'n projecten ontstaan en opgezet worden dat die heel erg aanslaan bij die groepspraktijken, en dat is niet denigrerend bedoeld maar dat is ook omdat die mensen daar tijd voor hebben en niet alleen tijd maar ook pragmatische ruimte om bijvoorbeeld een psycholoog in de praktijk te laten zitten of een diabetes educator, bij ons gaat dat niet. Dat is niet haalbaar voor ons." (H2 Aalst)</p>
Digitaal niet voor iedereen Emailadres is noodzakelijk	<p>"Ze moeten dus thuis een emailadres hebben? Dat is ook al een beperking he" (H5 Kruishoutem)</p> <p>"Ik denk dat iemand die nog nooit een tablet in zijn handen gehad heeft dat toch nogal onwennig vindt" (H7 Zottegem)</p>

Tablet aanzien als spelletje voor kinderen	“Wel dus zeer gebruiksvriendelijk opstarten en direct op het programma want anders gaan de kinderen gaan zoeken achter een spelleke.” (H4 Kruishoutem)
Lage SES patiënt Opleidingsniveau van de patiënt	“Het feit is natuurlijk dat je moet realistisch zijn en dat je ook moet rekening houden met de patiënten waarmee je werkt, Aalst is een arbeidersstad, ik ga niet zeggen meer marginalen dan in andere steden of andere grotere steden maar het feit is dat de mensen die naar de huisartsen komen diegenen zijn die sociaal onderaan de ladder van de maatschappij staan” (H2 Aalst)
Anderstalige patiënten	“Bij ons in de praktijk hebben wij heel veel allochtonen, mensen die heel weinig Nederlands verstaan, die kunnen dat niet.” (H3 Gent 2)

Een huisarts gaf ook aan dat er minder barrières voor de huisarts zelf zijn door deze interventie maar dat er misschien wel meer hindernissen voor bepaalde patiënten ontstaan. Vooral voor anderstalige, lager opgeleide en oudere patiënten (H2 Gent2: “Ja maar je krijgt nieuwe barrières omdat het elektronisch is en het maar in één taal is, nu zijn er meer barrières voor de patiënten, maar voor ons is het wel handig hé.”).

- **Faciliterende en hinderende factoren tegenover de opbouw en het gebruik van de interventie door de huisarts**

De meerderheid van de huisartsen vindt het goed dat de interventie automatisch een advies op maat biedt (faciliterende factor: advies op maat) en dat patiënten hun eigen gedrag kunnen evalueren (faciliterende factor: evaluatie gedrag). Men geeft ook aan dat het positief is dat de adviezen niet te uitgebreid zijn (faciliterende factor: niet te uitgebreid). Verder wordt ook aangegeven dat het aangewezen is dat de interventie steeds kan onderbroken worden en thuis door de patiënt op zijn/haar eigen pc kan worden verder gezet (faciliterende factor: thuis verderzetten van de interventie).

De meningen zijn verdeeld bij het voorstel dat het actieplan ook kan worden doorgemailed naar de huisarts. Sommige huisartsen geven aan dat men het een nadeel vindt dat het actieplan bij de huisarts terecht komt omdat men dan verplicht is om elk actieplan te controleren en te voorzien van feedback, wat opnieuw tijdrovend is en zorgt voor een extra werklast (hinderende factor: doormailen naar de huisarts = tijdrovend). Andere huisartsen geven aan dat men juist wel op de hoogte wil zijn van het actieplan om zo de patiënt voldoende te kunnen opvolgen en om voldoende feedback te kunnen geven (faciliterende factor: huisarts moet ook over gegevens beschikken/huisarts als coach). De meerderheid is het wel eens dat het actieplan niet terecht mag komen in de (privé) mailbox van de huisarts. Patiënten mogen het emailadres van de huisarts niet kennen om zo onnodig emailverkeer en ‘gratis consultaties’ te voorkomen. Een oplossing die vaak wordt aangegeven is het gebruik van online medische platformen zoals ‘Medibridge’ en ‘Medimail’. Een systeem dat nu ook wordt toegepast voor het doorsturen van medische gegevens van de patiënt (faciliterende factor: gebruik Medibridge). Een tweede oplossing die ook door veel huisartsen wordt aangehaald is de integratie in het medisch dossier. Bij deze optie geeft men als extra voordeel aan dat men dan ook geen verschillende programma’s hoeft te openen tijdens een consultatie (faciliterende factor: integratie in het medisch programma). Men vindt het wel een goed idee dat patiënten de mogelijkheid krijgen om hun actieplan door te sturen naar vrienden of familie (faciliterende factor: sociale steun).

Over het al dan niet afdrukken van het actieplan in de praktijk zijn de meningen opnieuw verdeeld. Sommige huisartsen willen iets afprinten in de praktijk indien het actieplan niet te lang is, anderen vinden het een beter idee om de patiënt het actieplan thuis te laten printen (faciliterende/hinderende factor: afprinten actieplan).

Huisartsen halen ook vaak aan dat het belangrijk is dat men een aanknopingspunt heeft om de tablet te gebruiken. Men geeft aan dat de tablet er wel voor kan zorgen dat preventie gemakkelijker bespreekbaar wordt (faciliterende factor: aanknopingspunt) maar dat het moeilijk is om bij elke patiënt hier over te beginnen (hindernis: moeilijk aan te brengen). Mogelijke aanknopingspunten en momenten waarop de interventie kan worden toegepast volgens huisartsen zijn: patiënten die komen om: hun medicatie te vernieuwen, voor een voorschrift voor de pil, voor een griepvaccin en voor een bloedonderzoek. Men geeft ook aan dat het makkelijker is om dit bespreekbaar te maken wanneer er een klacht is die gerelateerd is aan voeding en/of beweging (faciliterende factor: aanknopingspunt). De meerderheid van de huisartsen beseffen en geven zelf dan wel aan dat dit geen primaire preventie meer is. Toch werd het begrip primaire preventie soms verward met secundaire preventie door enkele huisartsen (hinderende factor: educatie huisarts). Een ander aanknopingspunt dat vaak werd aangehaald was om de interventie in combinatie met het Globaal Medisch Dossier (GMD+) te gebruiken. Huisartsen vroegen vaak of er een link is tussen het GMD+ en deze interventie. Huisartsen gaven bovendien aan dat deze GMD+ ook beschikbaar is op een tablet, waardoor de combinatie dus ook eventueel zou mogelijk zijn op een tablet. Huisartsen gaven daarbij zelf al aan dat de doelgroep wel verschillend is, het GMD+ wordt maar afgenomen vanaf 45 jaar (faciliterende factor: link GMD+). In tabel 14 worden enkele uitspraken van huisartsen weergegeven m.b.t. faciliterende factoren tegenover de opbouw en het gebruik van de interventie. In tabel 15 zijn de hinderende factoren terug te vinden.

Tabel 14 Faciliterende factoren tegenover de opbouw en uitvoering

faciliterende factor	"Citaten"
Advies op maat	"Maar ik geloof daar wel in, door het personaliseren, door het proces in de tijd." (H5 Gent2)
Confrontatie met gedrag	"Het is interessant dat mensen met hun eigen gedrag geconfronteerd worden van oke misschien eet ik toch wat te veel en beweeg ik wat te weinig" (H3 Aalst)
Niet te uitgebreid	"De conclusie die zij krijgen moet kort en desnoods in puntjes en duidelijk zijn, geen lange tekst die ze moeten lezen maar gewoon een punt of vier" (H1 Gent1)
Thuis verder zetten van interventie	"Of dat eerste stukje doen met de patiënten in de praktijk, een aansluiting of zoiets en dan thuis ze verder laten doen" (H7 Ronse)
Huisarts moet wel over de gegevens beschikken Huisarts als coach	"De meerwaarde is juist dat de link met de huisarts wordt gemaakt, van hij staat erachter dus ik betrouw het, maar ook dat wij die informatie hebben en daar iets kunnen mee doen naar die patiënt toe. Anders, hij heeft het ingevuld, en hoe was 't? ahja .. maar je hebt geen concrete gegevens" (H1 Zottegem)
Integratie in medisch programma	"Het ideale is dat het direct in het medische programma komt he, maar hoeveel medische programma's zijn er, dus je gaat dat nooit kunnen" (H5 Kruishoutem)
Gebruik Medibridge	"Eventueel moest het programma zeggen van, je kan het plan wel naar uw arts doorsturen via Medibridge, dat is iets anders, want dat is dan puur die informatie doorsturen, dat is niet met een vraag, niet met direct contact. Dat wordt dan wel geïmplementeerd in het dossier, dat zou wel kunnen. Maar niet met oog op antwoord." (H1 Ronse)
Afprinten actieplan	"Ik denk wat jullie bedoelen is het feit dat wij dat afprinten en aan de patiënt geven, dan is het gelijk een voorschrift dat we geven, als dat van ons komt, van 'ik heb dat voor u gemaakt en gij moet dat nu volgen' zoals een voorschrift van de apotheker. Maar klopt dat dan wel met het feit dat hij zelf gekozen heeft en dat hij zelf zijn plan uitstippelt." (H3 Zottegem)
Aanknopingspunt	"Als je kan aansluiten op iets waarvoor ze geconsulteerd hebben heeft dat volgens mij een veel grotere kans van slagen dan dat je zegt 'ja kijk ik heb hier nog iets, doet dat'. Dat houdt met niets verband hé." (H8 Gent2)
Link GMD+	<p>"Het is dus eigenlijk een vervolg op het GMD plus?" (H10 Gent2)</p> <p>"En het zou dan wel interessant zijn dat wij dat wel kunnen linken met GMD plus" (H2 Ronse)</p> <p>"Als je de ingangspoort vindt, dan zou ik dat aanbrenge I: "En een ingangspoort, welke momenten zouden dat dan zijn?"</p> <p>"Met GMD plus bijvoorbeeld" (H6 Ronse)</p>

Tabel 15 Hinderende factoren tegenover de opbouw en het gebruik

Hinderende factor	“Citaten”
Doormailen naar de huisarts als hinderende factor	<p>“We moeten ook realistisch zijn, als alle patiënten van een hele week dat invullen en je krijgt zo 150 actieplannen, ga je die allemaal nakijken” (H7 Gent2)</p> <p>“Dat geeft een probleem van verantwoordelijk ook he, als ze dan zeggen ale ge zijt verplicht omdat te lezen en te kijken en als er iets dan moeten wij rap den telefoon pakken, ja daar moet je met opletten eigenlijk he” (H6 Kruishoutem)</p> <p>“En dat is ook weer extra werk” (H8 Kruishoutem)</p>
Afprinten actieplan	“Ons praktijk is precies al een drukkerij” (H4 Kruishoutem)
Moeilijk aan te brengen	“Als een patiënt bij jou zit omdat hij een verkoudheid of griep heeft ofzo kun je moeilijk over preventie beginnen” (H2 Zottegem)

8.3.2 Attitude tegenover de methode van de interventie

- **Algemene mening tegenover de interventie**

In het algemeen zijn de meningen tegenover de interventie verdeeld. Er worden zowel positieve als negatieve aspecten aangehaald door de verschillende huisartsen. Veelal worden hierbij onmiddellijk hinderende of faciliterende factoren vermeld waaruit blijkt of de huisarts eerder positief of negatief tegenover bepaalde aspecten van de interventie staat. De meerderheid van de huisartsen is positief tegenover de inhoud van de interventie. Sommige huisartsen gaven ook aan dat men het belangrijk vindt om te zien dat patiënten moeite doen en de interventie dus goed doorlopen. De meningen tegenover het gebruik van een tablet zijn echter nog verdeeld. In tabel 16 zijn enkele citaten m.b.t. de attitude van huisartsen weergegeven.

Tabel 16 Citaten attitude over de interventie (algemeen)

“Citaten attitude”

“Zo zie ik dat ook wel zitten eigenlijk e, gelijk dat je zegt misschien als het met affichage duidelijk wordt gemaakt voor de mensen dat ze vrij zijn om het te gebruiken en als het op een systeem is dat het geen pootjes kan krijgen dan denk ik dat da wel te doen is voor ons.” (H6 Kruishoutem)

“Zo een ipad in de wachtzaal, dat zie ik toch niet zitten.” (H1 Aalst)

“Het erkennen van de moeite die iemand doet, de inzet, ik denk dat we daar iets belangrijk hebben” (H9 Gent2)

- **(On)geloof in de effectiviteit van de interventie**

Tegenover de effectiviteit van de interventie staan de meeste huisartsen nog kritisch. Velen denken dat de interventie op korte termijn een effectieve gedragsverandering kan te weeg brengen, maar dat dit gedrag niet zal behouden worden. Daarbij wordt ook aangegeven dat de response rate niet zo hoog zal liggen. Men is ook niet zeker of men de juiste doelgroep zal bereiken. Men geeft dit aan vanuit eerdere ervaringen, waarbij men meestal ziet dat enkel de gemotiveerde groep patiënten bereikt wordt en niet zo zeer de groep die dit het meest nodig heeft. Men geeft ook vaak aan dat follow-up noodzakelijk is maar dat dit moeilijk zal zijn. De deelnemende huisartsen geven ook aan dat (primaire) preventie sowieso moeilijk is om toe te passen in de praktijk, op welke manier ook. Er zijn ook huisartsen die hun twijfels hebben of het promoten van gezonde voeding, zoals het meer eten van fruit en groenten wel degelijk een gezondheidsvoordeel zal opleveren. Bij het promoten van beweging was dit niet het geval. In tabel 17 zijn enkele citaten aangegeven geloof in de effectiviteit van deze interventie door huisartsen weergeven.

Tabel 17 Citaten attitude over de effectiviteit van de interventie

"Citaten attitude"
"Gedeeltelijk, ik vrees dat het effectief gaat zijn bij de verkeerde groep, die al zin hebben en al bezig zijn, ik vrees dat, ik hoop van niet maar ..." (H3 Gent2)
"Ik denk dat dat toch enkel op korte termijn effect zal zijn, ik denk dat het na 6 maand al zal verwaterd zijn" (H2 Gent2)
"Dat item over groenten en fruit, ik denk niet dat er ooit is aangetoond dat ge door meer groenten en fruit te eten dat ge darmtumoren kunt voorkomen. Er zijn al verschillende studies over gebeurd en dat wordt gepromoot aja maar dat is gezond enz. maar het is nooit aangetoond dat ge daardoor minder risico loopt" (H3 Kruishoutem)
"Je gaat echt moeten motiveren en echt moeten ondersteunen en zeggen dat ze er gezondheidsvoordeel bij hebben en dan ga je misschien 1 op 10 hebben die het toch eens invult denk ik." (H1 Zottegem)
"Neen ik denk dat ze gewoon naar de uitkomst gaan kijken en dat zal afgelopen zijn" (H2 Kruishoutem)
"Ik denk dat dat wel effectief gaat zijn, ik ben er zelf van overtuigd, ze gaan daar één keer naar kijken, twee keer naar kijken, drie keer naar kijken.." (H3 Gent1)

- **Mening tegenover de doelgroep en de opgenomen gedragingen**

In de interventie werd aangegeven dat de interventie bedoeld is voor volwassenen van 18 tot 65 jaar die gezond zijn om op die manier aan preventie te doen.

Het begrip primaire preventie was over het algemeen duidelijk bij de huisarts maar toch gaf men vaak situaties aan om de tablet te gebruiken voor secundaire preventie. Men gaf ook aan dat men het moeilijk vond om de interventie aan te reiken aan gezonde personen en dat het gemakkelijker is om de interventie aan te reiken indien er sprake is van een klacht die gerelateerd is aan voeding en/of beweging.

De meningen zijn verdeeld of men al dan niet patiënten met chronische ziektes moet toelaten de interventietool ook te gebruiken. Sommige huisartsen geven aan dat deze patiënten bij het begin van de interventie automatisch moeten worden uitgesloten. Anderen geven aan dat ook deze patiënten deze interventie verder mogen gebruiken mits wordt aangegeven dat een verdere begeleiding door de huisarts of een andere hulpverlener noodzakelijk is. Men geeft bijvoorbeeld aan dat patiënten met diabetes ook baat kunnen hebben bij meer beweging en patiënten met hypertensie of hart en vaatziekten bij het eten van groenten en fruit. Verder werden een aantal situaties aangegeven waarbij het moeilijk is om deze interventie te gebruiken, bijvoorbeeld bij patiënten met budgetbegeleiding, bij patiënten met eetstoornissen, bij patiënten met psychische stoornissen en bij patiënten met relatieproblemen. Het aanbrenge van de interventie kan soms ook moeilijk zijn doordat patiënten er niet voor open staan of weigerachtig zijn (hinderende factor: weigerachtigheid patiënt). Veel huisartsen geven aan dat men vooral gemotiveerde patiënten zal bereiken met deze interventie en minder de weigerachtige groep, die het soms meer nodig heeft. Het feit dat mensen gemotiveerd zijn vormt dus wel een faciliterende factor voor het gebruik (faciliterende factor: motivatie) maar anderzijds stellen huisartsen zich de vraag of het wel deze groep is die de huisarts dient te bereiken voor primaire preventie.

Tot slot geven veel huisartsen aan dat deze interventie minder geschikt is voor ouderen en meer voor jongeren. Sommige huisartsen geven als mening dat mensen tot 65+ hier als maar meer vertrouwd met zullen worden. Andere huisartsen suggereren de interventie ook te gebruiken bij kinderen om op die manier van jongs af aan het juiste gedrag aan te leren. In tabel 18 worden enkele citaten van huisartsen met betrekking tot de doelgroep weergegeven.

Tabel 18 Meningen i.v.m. de doelgroep

"Citaten"
<p>"Ik denk dat wij het niet aan iedereen gaan meegeven en enkel aan diegene waarvan we denken dat het nodig is. Ik bedoel als ik een jongen heb van 18 jaar die heel gezond en fit is en niet rookt ga ik die flyer niet meegeven, allé ja" (H3 Gent1)</p>
<p>"gohja mensen die bijvoorbeeld in een zware relatiecrisis zitten, die zou ik daar toch niet extra mee gaan belasten"</p> <p>"Ja of ze zijn aan het OCMW ale of ze hebben budgetbegeleiding" (H1 Kruishoutem)</p> <p>"Of niet aan mensen die al te veel met die dingen bezig zijn" (H4 Kruishoutem)</p> <p>"Ja of niet aan anorexiepatiënten" (H1 Kruishoutem)</p>
<p>"Ik zou compleet uitsluiten, zeker diabetes" (H4 Zottegem)</p> <p>"Als je echt al aan iets lijdt dan is dit niet voor u, als je een gewoon persoon bent zonder medische problemen die gezond willen blijven of fitter willen zijn, dan kan dit u helpen" (H1 Zottegem)</p> <p>"Maar er zijn ook mensen die gewoon wat hypertensie hebben die daar toch baat bij hebben" (H10 Zottegem)</p> <p>"Het zijn ook altijd dezelfde die dat gaan volgen en dezelfde die dat niet gaan meedoen" (H8 Kruishoutem)</p>
<p>"Maar mensen van 60 hebben geen idee van een computer. Je hebt er nog altijd he, opletten hé" (H3: Ronse)</p> <p>"Maja we leven nu toch in een digitale wereld e" (H1 Kruishoutem)</p>
<p>"Waarom is dat vanaf 18 jaar, waarom zou je dat niet vroeger doen? Waarom zou je de scholen dan niet inschakelen?" (H7 Zottegem)</p>

In de presentatie werd het voorstel gedaan de tool uit te werken rond voeding en beweging. Naast dit voorstel zouden huisarts de tool ook een goed middel vinden als interventie bij rookstop en alcoholisme. In tabel 19 worden twee citaten van huisartsen met betrekking tot de op te nemen gedragingen weergegeven.

Tabel 19 Meningen tegenover op te nemen gedragingen

“Citaten”

“Waarom de keuze? bijvoorbeeld stoppen met roken, als iemand rookt dan ga je geen voedingsadvies beginnen geven, omdat dat roken eigenlijk veel belangrijker is” (H10 Gent2)

“Maar waarom zit er geen alcohol in?” (H8 Kruishoutem)

8.3.3 Subjectieve norm bij de methode van de interventie

Aan de deelnemende huisartsen werd de vraag gesteld of huisartsen vinden of er andere hulpverleners zijn in de eerstelijnszorg die meer geschikt zijn om deze interventie toe te passen. Huisartsen gaven hierbij aan dat men in de eerstelijnszorg de huisarts zelf een geschikte bron vindt. Als redenen worden daarbij aangegeven dat de huisarts de patiënt beter van feedback kan voorzien, een meer coachende rol kan aannemen en dat de autoriteit van de huisarts bepalend kan zijn. De apotheker werd ook vaak aangegeven als een geschikt kanaal voor de implementatie van de interventie. Veel van de deelnemende huisartsen halen zelf wel aan dat de media of de school betere kanalen zijn om aan primaire preventie te doen.

Huisartsen geven aan dat de verwachtingen van patiënten verschillen van patiënt tot patiënt. Sommige patiënten staan open voor een dergelijke interventie bij de huisarts en anderen zullen eerder weigerachtig reageren omdat dit niet direct de reden is waarom men bij de huisarts gaat. In tabel 20 worden enkele citaten m.b.t. de subjectieve norm weergegeven.

Tabel 20 Citaten subjectieve norm

“Citaten subjectieve norm”

“Ik denk dat je er daar bij een apotheker veel meer uithaalt dan in de wachtkamer bij ons” (H8 Gent2)

“Of patiënten dat verwachten? Ik denk dat dat een beetje individueel is” (H7 Kruishoutem)

“Als huisarts kan je wel uw autoriteit gebruiken natuurlijk” (H2 Zottegem)

9 Discussie

Huisartsen dienen per jaar verplicht vier Lok-groep vergaderingen bij te wonen. Hierdoor kwamen niet enkel huisartsen die interesse hadden in preventie naar de lok-groepen waarin de focusgroep interviews werden afgenomen. Daardoor werd een representatieve steekproef voor de focusgroep interviews verkregen en werden zowel meningen van gemotiveerde als van niet gemotiveerde huisartsen verzameld. De huisartsen uit de afzonderlijke lok-groepen kwamen elk uit verschillende regio's van de stad of uit verschillende deelgemeentes waardoor de sample bestond uit een mix van huisartsen uit gemeentes en steden.

Een belangrijke hindernis die door huisartsen vaak wordt aangegeven om aan preventie te doen is een gebrek aan tijd (Ampt et al. (2009); Shakeshaft et al. (2003)). Door een tablet ter beschikking te stellen aan de huisarts, die door middel van een programma een op maat advies voorziet aan patiënten, tracht men deze barrière te verminderen. De meeste huisartsen geven echter aan dat dit niet het geval zal zijn wanneer men de tablet dient te gebruiken tijdens de consultatie. Sommige huisartsen geven aan dat dit ook niet geldt wanneer men de tablet dient ter beschikking te stellen in de wachtzaal. Daarbij werd ook aangegeven dat het gebruik van de tablet in de wachtzaal gemakkelijker kan zijn voor huisartsen die niet op afspraak werken en voor huisartsen die in een groepspraktijk werken. Over het algemeen zijn de meningen dus verdeeld rond het gebruik van de tablet in de praktijk. Als algemene conclusie kan gesteld worden dat er niet één ideale oplossing bestaat, daar de situaties en de meningen van huisartsen verschillen. Een oplossing hiervoor, die de huisartsen ook zelf aanhalen, is het aanbieden van een combinatie van systemen waarbij de huisarts zelf kan bepalen welk systeem het best past in zijn/haar praktijk. Huisartsen krijgen op die manier zelf de keuze wanneer en waar men de tablet al dan niet gebruikt. Belangrijk is ook dat er verschillende middelen zullen worden aangeboden. Naast de tablet vinden huisartsen het namelijk ook aangewezen dat er flyers beschikbaar zijn met de link van de webpagina. Op die manier kunnen verschillende hindernissen die werden terug gevonden in de literatuur zoals het gebrek aan tijd en andere prioriteiten van patiënten worden opgelost doordat de patiënt de interventie niet alleen bij de huisarts maar ook thuis kan uitvoeren. De hindernis *een gebrek aan gestandaardiseerde middelen* die o.a. in het onderzoek van Ampt et al. (2009) werd weergegeven, werd in deze gesprekken niet aangehaald door de huisartsen. Huisartsen gaven wel aan dat het belangrijk is dat het programma up to date blijft. Het programma zal dus op regelmatige basis moeten worden aangepast. Ook werden tegenover het gebruik van de tablet enkele praktische hindernissen vermeld, zoals het stelen van de tablet en het aanzien van de tablet als een spel voor kinderen. Oplossingen hiervoor zijn een beveiligingssysteem voorzien en enkel het interventieprogramma op de tablet beschikbaar stellen. De zichtbaarheid van de tablet werd ook als een belangrijke factor aangehaald. De tablet zal dus duidelijk ter beschikking moeten zijn in de wachtzaal door gebruik te maken van opvallende en aanmoedigende posters. Verder werd vaak aangegeven dat de digitale interventie niet voor iedereen geschikt zal zijn omdat niet iedereen met een tablet of computer kan werken en/of omdat niet iedereen beschikt over een emailadres. Omdat dit een eHealth interventie is zal in deze studie echter worden verder gewerkt met een tablet en een computersysteem. Zonder het computersysteem kan er echter geen op maat advies worden gegenereerd. Het niet beschikken over een emailadres of niet kunnen werken met een computer of tablet zullen dan ook exclusiecriteria voor de deelname aan deze interventie zijn. Men suggereert echter dat de groep die niet met digitale middelen kan werken op termijn als maar kleiner zal worden

(Insites Consulting, 2005). Bovendien wordt het programma zo gemakkelijk mogelijk opgebouwd zodanig dat alles duidelijk is voor zoveel mogelijk mensen. Hierbij sluit ook de hindernis lager opleidingsniveau van patiënten aan. Huisartsen geven aan dat deze interventie moeilijker te begrijpen zal zijn voor patiënten met een lager opleidingsniveau. Uit heel wat studies bleek echter dat mensen met een lager opleidingsniveau ook of meer effect hebben van computer tailored advies en dat ze dit advies ook positief evalueren (Brug et al., 2000; Gans et al. 2009; Vandelanotte et al., 2003). Naast het zo eenvoudig mogelijk houden van de opbouw van het programma, zal ook het advies van sommige huisartsen om zoveel mogelijk met slagzinnen, afbeeldingen en pictogrammen te werken, worden opgevolgd.

Het zal voor deze interventie ook belangrijk zijn om naast de mening van de huisartsen (= de implementeerders) ook de mening van de patiënten (Vlaamse volwassenen van 18 tot 65 jaar) in kaart te brengen aan de hand van een procesevaluatie van de online interventie.

Een andere barrière die door huisartsen wordt aangegeven is *de hoge kost* van de tablet. De vraag kwam dan ook of huisartsen deze tablet zelf zullen moeten aankopen. Voor de implementatiestudie zal het dus belangrijk zijn om verschillende partners te overtuigen om deze interventie beschikbaar te stellen voor huisartsen (Bartholomew et al., 2011).

De attitude van huisartsen tegenover de inhoud van de interventie was over het algemeen positief. Men stond vooral positief tegenover het advies op maat, wat dan ook als een faciliterende factor voor de interventie aanzien wordt. Verder gaven huisartsen aan dat het belangrijk is dat de interventie niet te uitgebreid is en dat de patiënt de interventie ten allen tijde thuis zelfstandig kan verder zetten. Deze mogelijkheden zullen verder worden ingebouwd in het programma. De meningen waren verdeeld bij het voorstel of het actieplan van de patiënt ook kan worden doorgestuurd naar de huisarts. Enkele huisartsen vrezen dat dit opnieuw te veel tijd in beslag zal nemen. Er zijn ook andere huisartsen die dit wel noodzakelijk vinden om de patiënt voldoende te kunnen begeleiden. Opnieuw kan het een oplossing zijn om de keuze te geven aan de huisarts of het actieplan al dan niet naar hem/haar kan worden doorgestuurd. Er was wel een consensus dat dit niet via het emailadres van de huisarts mag gebeuren. Daarom moet gekeken worden of er een mogelijkheid is om deze optie zodanig te programmeren zodat de gegevens kunnen worden doorgestuurd via een online platform zoals Medibridge. Indien het actieplan wordt gemaild naar de huisarts kan deze er automatisch zelf ook voor kiezen dit al dan niet af te drukken. Het actieplan wordt in ieder geval naar de patiënt gemaild waardoor deze dit zeker kan printen. Enkele huisartsen gaven ook als suggesties om de gegevens rechtstreeks te laten toekomen in het medisch programma. Voor deze interventie zal dit nog niet mogelijk zijn door de variëteit aan medische programma's. Op termijn kan in het kader van een ander project (VITALINK) worden gekeken welke mogelijkheden er zijn. Een andere hinderende factor voor huisartsen om aan preventie te doen, is dat dit moeilijk aan te brengen is. Huisartsen geven aan dat het moeilijk is om te praten over voeding en beweging wanneer er geen aanleiding is en de patiënt eigenlijk voor een andere klacht langskomt. In deze studie geven huisartsen aan dat het belangrijk is om een aanknopingspunt te hebben voor deze interventie. De tablet met de vragenlijsten zelf kan een aanknopingspunt vormen maar dit is niet voldoende voor sommige huisartsen. Een suggestie is dan ook om de tablet in combinatie met het GMD+ te gebruiken. Voor de implementatie van deze interventie kan gekeken worden in hoeverre er een samenwerking mogelijk is met Domus Medica, om de GMD+ die ook op tablets bestaat, te integreren met deze nieuwe interventie. De GMD+ focust specifiek op een gezonde levensstijl maar is in de eerste plaats een screening en geen interventietool.

De bedoeling is om met deze methodiek de huisarts een tool in handen te geven om ook een interventie op te starten.

Bij de interventie kan bovendien een draaiboek voor de huisarts worden voorzien waarin verschillende mogelijke aanknopingspunten worden weergegeven. Mogelijke aanknopingspunten en momenten waarop de interventie kan worden toegepast volgens huisartsen zijn: patiënten die komen om hun medicatie te vernieuwen, voor een voorschrift voor de pil, voor een griepvaccin en voor een bloedonderzoek. In dit draaiboek kan ook worden duidelijk gemaakt wat de functie van de huisarts is bij de interventie en welke keuzemogelijkheden er zijn voor de toepassing door huisartsen.

Van de deelnemende huisartsen wil 68% verder meewerken aan de pilootevaluatie van deze interventie, wat wijst op een positieve attitude tegenover de interventie. Tijdens de gesprekken gaven huisartsen ook aan dat men de huisarts als een geschikte bron beschouwt om deze interventie ter beschikking te stellen (subjectieve norm). Ook uit het onderzoek van Ampt et al. (2009) en McAvoy (1999) blijkt dat huisartsen preventie als een rol voor de huisarts zien. Toch geven huisartsen in dit onderzoek aan dat men vaker aan secundaire preventie doet dan aan primaire preventie. Sommige huisartsen geven aan dat men deze interventie ook wil gebruiken bij patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes en hart en vaatziekten. Daarom zullen in het programma aangepaste voedings- en bewegingsadviezen worden voorzien voor patiënten die aangeven een chronische ziekte te hebben (vb. diabetes).

Sommige huisartsen gaven ook aan dat de interventie eerder geschikt is voor jongeren en kinderen en niet voor oudere volwassenen. Dit is een interventie die bedoeld is voor volwassenen van 18 tot 65 jaar die bij de huisarts langskomen. De leeftijdscategorie 18 tot 65 jaar is gebaseerd op de leeftijdscategorieën die worden gehanteerd bij de normen voor gezonde voeding en fysieke activiteit aangezien de persoonlijke adviezen hierop gebaseerd zijn. Op termijn kunnen eventueel ook nieuwe modules voor andere leeftijdscategorieën worden aangemaakt en getest. Huisartsen geven aan dat de interventie ook nuttig kan zijn voor de preventie van roken en alcoholgebruik. Momenteel zal de interventie modules rond voeding en beweging bevatten die afzonderlijk kunnen getest worden. Afhankelijk van de resultaten kunnen nieuwe modules worden aangemaakt.

De interventie is gebaseerd op de principes van de zelfregulatie theorie. Daarom werd de interventie opgebouwd uit verschillende methodes en strategieën die er voor zorgen dat de patiënt zoveel mogelijk zijn of haar gezondheidsgedrag zelf bepaalt. Patiënten kunnen online een eigen actieplan opstellen dat gebaseerd is op persoonlijk relevante en haalbare doelen. De verschillende strategieën om tot een persoonlijk actieplan te komen werden voorgesteld en positief geëvalueerd door de deelnemende huisartsen. Huisartsen geven aan dit een goede methode te vinden die men nu al geregeld toepast met succeservaringen. Bij de verdere ontwikkeling van de interventie zullen de principes van de zelfregulatie theorie zoveel mogelijk worden toegepast en zullen de teksten ook aan deze theorie worden aangepast. Huisartsen vinden wel dat de patiënt moet gestimuleerd worden om op termijn op zijn/haar eigen tempo de gezondheidsnorm, die gezondheidsvoordelen oplevert, te bereiken. Dit zal zoveel mogelijk worden ingebouwd in de interventie door gebruikt te maken van aanmoedigend emails en meerdere follow-up modules. Een andere hinderende factor die door huisartsen werd aangegeven is het stellen van te lage of te hoge doelen. Een oplossing kan zijn dat er bij te lage of te hoge doelen feedback wordt gegeven door het programma (indien de programmatiemogelijkheden dit toelaten) of door de huisarts zelf.

McAVOY's (1999) en Shakeshaft et al. (2003) gaven in hun onderzoek aan dat huisartsen vaak niet geloven in de effectiviteit van preventie. Ook in dit onderzoek wordt door veel huisartsen een ongelof in de effectiviteit van de interventie geuit. Op korte termijn denkt men dat de interventie effectief kan zijn, maar op lange termijn heeft men twijfels of de interventie zal leiden tot een gedragsverandering en behoud. Het zal dus belangrijk zijn om voor de implementatie bij de huisarts het effect van deze interventie te testen, dit zowel op korte als op lange termijn. Indien in deze studies een verschil in gedragsverandering wordt vastgesteld door de interventie, zal het belangrijk zijn dat de positieve resultaten worden gecommuniceerd naar de huisarts. Op die manier kan men de attitude van de huisarts tegenover de effectiviteit van de interventie positief beïnvloeden.

De determinanten subjectieve norm, attitude en waargenomen gedragscontrole uit het theory of Planned behaviour model konden door deze studie specifiek worden ingevuld tegenover de nieuw voorgestelde interventie. Wanneer men een vergelijking maakt met het model voor preventie door huisartsen opgesteld door Ampt et al. en ook gebaseerd op de theory of planned behaviour, dan ziet men overeenkomsten. Bij de waargenomen gedragscontrole komen de volgende hinderende of faciliterende factoren overeen met de factoren aangegeven door Ampt et al. (2009): Kosten, culturele achtergrond van de patiënt, opleidingsniveau van de patiënt, risico van de patiënt, capaciteit van de praktijk, motivatie van de patiënt, tijd en prioriteiten (van huisarts en patiënt) en computergestuurde middelen. De vaardigheid van de huisarts om aan preventie te doen is een factor die door Ampt et al. (2009) werd opgenomen in hun model maar die door de huisartsen in deze studie minder naar voor werd geschoven. Dit kan er op wijzen dat de interventie het gemakkelijker maakt voor huisartsen om aan preventie te doen doordat een deel van de nodige vaardigheden (o.a. op maat advies geven en de patiënt begeleiden, opvolgen en voorzien van keuzemogelijkheden) wordt overgenomen door de online interventie. De resultaten van deze studie m.b.t. de subjectieve norm (huisartsen vinden preventie een taak voor de huisarts) en m.b.t. attitude (huisartsen vinden preventie belangrijk maar geloven niet in de effectiviteit) komen overeen met de resultaten van de studie van Ampt et al. (2009).

Een zwak punt aan deze studie kan zijn dat de interventie nog niet online kon worden gedemonstreerd aan de huisartsen op het moment dat de focusgroepen werden afgenomen. Extra pilootevaluaties bij de huisarts met tablets zijn aangewezen voor een goede procesevaluatie zowel door de patiënten als door de huisarts.

10 Belangrijkste conclusies voor het programma

- Een combinatie van methodes aanbieden, naast de tablet moeten er ook flyers en affiches met een verwijzing naar de website voorhanden zijn voor huisartsen.
- Het moet duidelijk zijn dat patiënten de tablet mogen gebruiken wanneer deze aanwezig is in de wachtzaal.
- Wanneer de tablet in de wachtzaal ligt, moet deze voorzien zijn van een beveiligingssysteem.
- Enkel het interventieprogramma mag beschikbaar zijn op de tablet.
- De interventie moet steeds kunnen onderbroken en thuis verdergezet worden door de patiënt.
- Het programma moet up to date blijven en op regelmatige basis worden aangepast.
- Er moet voldoende met pictogrammen en slagzinnen worden gewerkt.
- Een evaluatie van de bruikbaarheid door patiënten is ook aangewezen (pilotstudie).
- Doorsturen van het actieplan naar de huisarts via een online platform zoals MEDIBRIDGE.
- De tool laten aansluiten bij het GMD+.
- Een draaiboek voor de huisarts voorzien, waarin wordt aangegeven op welke manieren en bij welke aanknopingspunten de interventie kan worden geïmplementeerd in de praktijk (voor de implementatiestudie).
- De principes van de zelfregulatie theorie zoveel mogelijk integreren en de tekstboodschappen hieraan aanpassen.
- Aanmoedigen dat patiënten de gezondheidsnorm op termijn wel bereiken.
- Feedback bij te hoge of te lage doelen.

Hoofdstuk 3

Praktische uitwerking van de interventie op basis van de haalbaarheidsstudies

1 Programma voor de interventie

Voor de ontwikkeling van het computer tailoring programma werden verschillende programma's opgezocht en uitgetest. Het programma waarmee de huidige adviezen werden opgesteld kon niet gebruikt worden omdat iteratieve feedback in deze programma's onmogelijk is. Iteratieve feedback is feedback op maat bij veranderingen in gedrag en intenties (Brug, 1998). Participanten krijgen dus naast een eerste feedback over hun huidig gedrag ook feedback over hun nieuwe gedrag (= de gedragsverandering). Een studie van Brug (1998) geeft aan dat een computer tailored advies dat ook iteratieve feedback geeft meer effectief is in het veranderen van gedrag en ook leidt tot een langer gedragsbehoud. Er werd dus gezocht naar een programma waarin tussentijds op maat advies kon worden gegeven en waarbij ook follow-up modules en emails mogelijk zijn. Een programma waarbij dit mogelijk is en dat ook gebruikt werd in de studie van Vangenuyten et al. (2010) is Tailor Builder. Dit is echter een programma uit Nederland waarbij de kosten hoog opliepen. Na het uitproberen van verscheidene programma's werd uiteindelijk gekozen voor het Programma Lime Survey versie 2.0. Alle adviezen en opties werden door de onderzoeker zelf ontwikkeld en geprogrammeerd in samenwerking met een ervaren professor in de informatica van Universiteit Gent.

2 Opbouw van de interventie

De interventie zal bestaan uit drie verschillende fases, die worden weergegeven in figuur 2. **De eerste fase** zal plaatsvinden bij de huisarts aan de hand van een vragenlijst op een tablet. De tablet kan zowel in de wachtzaal als tijdens of na de consultatie gebruikt worden, afhankelijk van wat de huisarts verkiest. Indien de tablet beschikbaar wordt gesteld in de wachtkamer, zal deze voorzien zijn van een beveiliging en bijhorende posters die duidelijk maken voor wie en wat de tablet is bedoeld. Enkel het interventieprogramma zal toegankelijk zijn op de tablet aan de hand van een applicatie die alle andere toepassingen zoals internet en spelletjes afsluit.

Voorafgaand aan de interventie dient de patiënt enkele algemene gegevens in te vullen. Patiënten die ouder zijn dan 65 jaar of jonger dan 18 jaar of patiënten die lijden aan een chronische aandoening zullen een boodschap krijgen dat zij niet tot de doelgroep van deze interventie behoren. Patiënten die wel tot de doelgroep behoren kunnen nadien kiezen rond welk gedrag (fruit, groenten of beweging) hij/zij een vragenlijst wil invullen om na te gaan of men voldoende fruit en/of groenten eet en of men voldoende beweegt. Na het invullen van de vragenlijst naar keuze krijgt de patiënt een op maat advies over het gekozen gedrag. Na het krijgen van deze feedback kan de patiënt kiezen om meer informatie te lezen, om een actieplan op te maken of om een vragenlijst rond een ander gedrag in te vullen.

In de tweede fase maakt de patiënt een persoonlijk actieplan op rond het gekozen gedrag. Dit kan, afhankelijk van de tijd, bij de huisarts op de tablet gebeuren of dit kan men verder thuis op de website doen. Patiënten kunnen steeds de website op de tablet bij de huisarts afsluiten en de interventie thuis of ergens anders online verder zetten.

In de derde fase wordt het actieplan geëvalueerd en bijgestuurd. Deze fase vindt plaats bij de patiënt thuis of elders waar men toegang tot internet heeft, nadat de patiënt een email heeft ontvangen om opnieuw naar de website te gaan en de vervolgmodule in te vullen. Hieronder worden de verschillende strategieën en methodes voor gedragsverandering die worden toegepast, besproken.



Figuur 2 Opbouw van de interventie

Voor het ontwerp van de website zal worden samengewerkt met een grafisch designer om de lay-out van de website zo aantrekkelijk mogelijk te maken.

3 Inhoudelijke uitwerking van de interventie

3.1 De vragenlijst

3.1.1 Fruit en groenten

De volgende vragen worden gesteld in de vragenlijsten rond fruit en groeten:

- Algemene gegevens (naam, leeftijd, geslacht, lichaamslengte, lichaamsgewicht, opleidingsniveau en navraag chronische ziektes)
- Aantal dagen waarop men fruit/groenten eet
- Aantal porties fruit/groenten men eet (per week)

Op basis van deze gegevens wordt de gemiddelde portie fruit/groenten per dag berekend.

3.1.2 Beweging

In de vragenlijst rond beweging wordt naast de algemene gegevens (naam, leeftijd, geslacht, lichaamslengte, lichaamsgewicht, opleidingsniveau en navraag chronische ziektes) de hoeveelheid fysieke activiteit per week bevraagd. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen fysieke activiteiten die te maken hebben met vervoer, fysieke activiteiten in en rond het huis, fysieke activiteiten in de vrije tijd en fysieke activiteiten op het werk. Er wordt daarbij ook een onderscheid gemaakt tussen activiteiten aan een lage, matige en zware intensiteit. Er wordt ook nagevraagd op

hoeveel verschillende dagen men fysieke activiteiten aan een matige tot zware intensiteit uitvoert. Deze vragenlijst is gebaseerd op de lange IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) (Craig et al., 2003). Op basis van de antwoorden wordt het totaal aantal minuten fysieke activiteit per dag en het totaal aantal minuten fysieke activiteit aan een matige tot zware intensiteit per dag berekend. Verder wordt ook berekend hoeveel minuten men matig tot zwaar fysiek actief was per week en dit afzonderlijk op het werk, in de vrije tijd, in de tuin of in het huishouden en door actief transport.

3.2 Op maat feedback

3.2.1 Fruit en groenten

In figuur 3 is een voorbeeld weergegeven van feedback i.v.m. de fruitinname, deze feedback zal verschillen naar gelang de gegevens van de persoon. In deze feedback wordt de gemiddelde groente- of fruit inname weergegeven, besproken en vergeleken met de heersende gezondheidsnorm. Daarbij wordt steeds de boodschap weergegeven dat elke stap in de richting van het bereiken van de gezondheidsnorm goed kan zijn en dat patiënten vooral zelf haalbare doelen kunnen stellen om deze gezondheidsnorm op termijn te bereiken. Er worden daarbij ook voorbeelden gegeven van persoonlijk, haalbare doelen die iemand anders heeft gesteld om zijn of haar groente of fruitinname te verhogen.

Beste Jolien,

U heeft aangegeven **op geen enkele dag in de week fruit te eten**. Omdat fruit een onderdeel is van een gezonde voeding, wordt **aangeraden om dagelijks fruit te eten**. Maar indien u er zelf voor zou kiezen om bijvoorbeeld op één dag in de week of op **een aantal dagen in de week** fruit te eten, dan is dit al **een goede stap in de gezonde richting**, die u zeker gezondheidsvoordelen kan opleveren.

Om u te helpen deze stap te zetten, kan u op deze website aan de hand van enkele tips zelf **uw eigen actieplan** opstellen om meer fruit te eten.

U kan daarbij volledig zelf bepalen op hoeveel dagen u wil fruit eten, hoeveel fruit u wil eten en hoe u dit gaat doen. Op die manier kiest u voor **een persoonlijk fruitdoel** dat u zelf haalbaar vindt. Dit advies is dus vooral een richtlijn om uw eigen fruitdoel te bepalen via uw eigen actieplan.

Om u een idee te geven van welk soort fruitdoel u kan stellen in uw actieplan staat hieronder een voorbeeld van een doel dat iemand anders heeft gekozen voor zijn/haar actieplan:

"Eric, koos er voor om op 2 dagen in de week 2 stukken fruit te eten"

"Elien, koos er voor om op 4 dagen in de week 1 stuk fruit te eten"

Figuur 3 Voorbeeld op maat feedback fruitinname

Bij de feedback zullen nog meer figuren en pictogrammen worden toegevoegd om dit makkelijker leesbaar en meer aantrekkelijk te maken. Ook hiervoor zal worden samengewerkt met een grafisch ontwerper. De tekstboodschappen in de volledige interventie zullen in samenwerking met een communicatiespecialist nog worden geherformuleerd zodanig dat de teksten zo uitnodigend, wervend en motiverend mogelijk zijn.

3.2.2 Beweging

In de persoonlijke feedback rond beweging wordt weergegeven hoeveel minuten men per dag gemiddeld actief is en hoeveel minuten daarvan aan een matige of zware intensiteit zijn. Daarbij wordt ook aangegeven hoe lang men per week actief is in de verschillende domeinen (werk, vrije tijd, huishouden en actief transport). Op die manier kan gesuggereerd worden op welke manier de patiënt nog meer actief kan zijn. Bij het advies wordt vermeld dat elke stap in de richting van de norm voor fysieke activiteit een goede stap is en dat de patiënt aan de hand van een actieplan voor zichzelf haalbare doelen rond beweging kan stellen. Er worden daarbij ook voorbeelden gegeven van persoonlijk haalbare doelen die iemand anders heeft gesteld om zijn of haar hoeveelheid fysieke activiteit te verhogen. Figuur 4 is een voorbeeld van een persoonlijk advies rond fysieke activiteit.

Beste FN,

U beweegt **in totaal gemiddeld 34.2857142857 minuten per dag**. Daarvan beweegt u gemiddeld **34.2857142857 minuten per dag aan een matige tot zware intensiteit**. U heeft ook aangegeven dat u uw activiteiten aan een matige tot hoge intensiteit spreidt over **1 dag van de week**.

U voldoet dus aan de gezondheidsnorm om gemiddeld 30 minuten per dag aan een matige tot zware intensiteit te bewegen, wat heel goed is, maar u heeft ook aangegeven dat u **niet dagelijks beweegt aan een matige tot zware intensiteit**. U zal meer gezondheidsvoordelen bekomen wanneer u **uw activiteiten verspreidt over meerdere dagen in de week**.

Elke stap dichterbij in de richting van de gezondheidsnorm om dagelijks 30 minuten te bewegen of te sporten aan een matige tot zware intensiteit, kan extra gezondheidsvoordelen opleveren. Een doel voor u kan zijn om op meer dagen per week te bewegen of te sporten.

Hier ziet u hoe lang u op welke manieren matig of zwaar fysiek actief was de voorbije week:

- **Op het werk:** 0 minuten per week fysiek actief aan matige tot zware intensiteit
- **In uw vrije tijd:** 0 minuten per week fysiek actief aan matige tot zware intensiteit
- **In uw tuin en door huishoudelijk werk:** 0 minuten per week fysiek actief aan matige tot zware intensiteit
- **Door actief transport:** 240 minuten per week fysiek actief aan matige tot zware intensiteit

Naast bewegen in uw vrije tijd kan u dus ook meer bewegen aan een matige tot zware intensiteit door een actieve levensstijl aan te nemen.

U kunt bijvoorbeeld kiezen om meer te bewegen op het werk, in uw tuin en in het huishouden en ook door u actief te verplaatsen.

Om u te helpen de stap tot meer bewegen te zetten, kan u op deze website aan de hand van enkele tips **zelf uw eigen actieplan opstellen**.

U kunt daarbij volledig zelf bepalen hoeveel u wilt bewegen, waar en op welke manier. Op die manier kiest u voor **een persoonlijk beweegdoel dat u zelf haalbaar vindt**.

U kunt dit doel op termijn geleidelijk aan op u eigen tempo opdrijven om de norm te behalen.

Om u een idee te geven welk soort beweegdoel u kunt stellen in uw actieplan staat hieronder **een voorbeeld van een doel dat iemand anders heeft gekozen voor zijn/haar actieplan:**

"Eric, koos er voor om op 5 dagen in de week zich actief te verplaatsen door met de fiets naar het werk te gaan"

"Elien, koos er voor om op 3 dagen in de week een half uur te sporten, ze ging 1 keer een half uur zwemmen en 2 keer 30 minuten joggen"

Figuur 4 Persoonlijk advies fysieke activiteit

3.3 Het actieplan

De patiënt kan een eigen actieplan opmaken door enkele vragen te beantwoorden. Dit zijn gesloten en open vragen, bij de gesloten vragen is er steeds de antwoordoptie 'andere' zodanig dat de patiënt altijd een eigen inbreng kan doen. Hieronder worden de verschillende methodes met bijhorende vragen besproken.

- **Planning coping responses:** via deze methode wil men participanten vooraf oplossingen laten bedenken voor mogelijke hindernissen. Op die manier kunnen deze hindernissen gemakkelijker overkomen worden wanneer deze zich voor doen. Bijhorende vragen (voor het voorbeeld fruit) zijn:
 - ♦ Denkt u dat u bepaalde situaties of moeilijkheden zou kunnen ondervinden wanneer u probeert om meer fruit te eten?
 - ♦ Kan u hieronder beschrijven waardoor u het moeilijk kan vinden en wat voor u dus hindernissen kunnen zijn om meer fruit te eten?
 - ♦ Kan u nu aangeven welke optie uit de volgende lijst het best omschrijft wat voor u de belangrijkste hindernis kan zijn om (meer) fruit te eten? U kan hiervoor de optie kiezen die het beste aansluit bij wat u bij de vorige vraag heeft geantwoord.
 - ♦ Hoe wilt u vooral proberen om toch meer fruit te eten dan u nu doet? U hebt aangegeven dat de belangrijkste hindernis voor u om (meer) fruit te eten is dat u veel fruitsoorten niet lekker vindt. Daarom worden hier enkele methoden voorgesteld die u zouden kunnen helpen om toch meer fruit te eten. Geef die methode aan die u zelf wil

toepassen om meer fruit te eten. Kies daarbij vooral voor de methode waarvan u denkt dat deze voor u haalbaar is om deze zelf uit te voeren. U kan ook een andere methode bedenken dan de methoden die reeds zijn aangegeven en deze noteren bij 'andere'.

- **Goal setting:** aan de hand van verschillende vragen wil men patiënten een plan laten opstellen dat specifiek, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdsgebonden is. Bijhorende vragen (voor het voorbeeld fruit) zijn:
 - ♦ Op hoeveel dagen van de week wil u fruit gaan eten?
 - ♦ Hoeveel porties fruit wil u gaan eten op die dagen?
 - ♦ Op welke momenten wil u vooral fruit eten?
 - ♦ Waar wil u vooral fruit eten?
 - ♦ Vanaf wanneer wil u meer fruit eten?
- **Implementatie intenties:** aan de hand van twee open vragen kunnen deelnemers een eigen actieplan opstellen. Daarbij worden eerst voldoende informatie en voorbeelden voorzien.
 - ♦ Nu kan u aan de hand van uw antwoorden op de vorige vragen ook een ALS, DAN plan opstellen. Om zelf een ALS, DAN plan op te stellen, kan u het volgende doen:
 - Bij de **ALS**, geeft u aan wanneer u nu precies meer fruit wil eten.
 - Bij de **DAN**, geeft u aan wat u dan juist wil doen.

Dit zijn enkele voorbeelden van personen die een ALS, DAN plan hebben opgesteld:

ALS ik thuis ontbijt, **DAN** eet ik ook nog een stuk vers fruit

ALS ik thuis ontbijt, **DAN** eet ik ook nog wat blikfruit (zonder toegevoegde suikers) bij mijn yoghurt

ALS ik in de voormiddag een tussendoortje eet op mijn werk, **DAN** eet ik een stuk fruit in plaats van een koek

ALS ik in de namiddag een tussendoortje eet op mijn werk, **DAN** eet ik een stuk fruit als tussendoortje

ALS ik 's avonds thuis nog een tussendoortje neem terwijl ik naar TV kijk, **DAN** zal ik een stuk fruit eten in plaats van chips

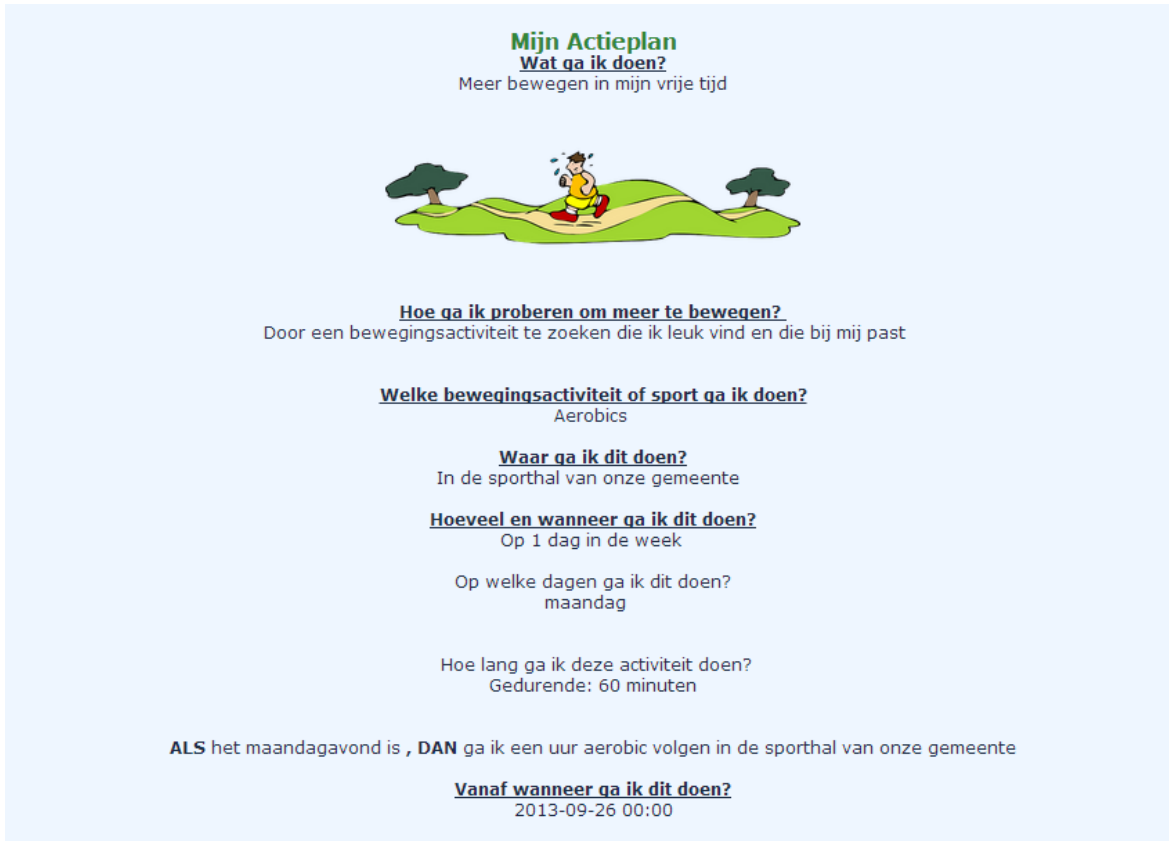
ALS ik als middagmaal warm eet, **DAN** zal ik ook eens fruit bij de warme maaltijd eten

ALS ik mijn avondmaal heb gegeten, **DAN** zal ik ook nog een stukje fruit eten

ALS het zaterdagnamiddag is, **DAN** bereid ik een volledige kom fruitsla voor de komende dagen

U kan hier **uw eigen ALS, DAN plan opstellen** dat zoveel mogelijk voor uzelf van toepassing is. Zorg er voor dat u in uw als dan plan duidelijk aangeeft **wanneer (een tijdstip) of tijdens welke situaties** u iets zal doen en beschrijf dit zo specifiek mogelijk (zoals in de voorbeelden). Op die manier zal u zich uw actieplan beter herinneren wanneer die situatie of dat tijdstip zich voor doet. U kan uw plan om meer fruit te eten dan gemakkelijker op deze momenten gaan toepassen.

Op basis van de antwoorden op de voorgaande vragen wordt dan automatisch een persoonlijk actieplan gevormd. Dit actieplan wordt ook doorgemailed naar de patiënt, waardoor deze ook de mogelijkheid krijgt om het actieplan af te printen. Figuur 5 is een voorbeeld van een actieplan om meer te bewegen.



Figuur 5 Actieplan beweging

3.4 Follow-up modules

In de derde fase van de interventie wordt **de methode self-monitoring of behaviour** vooral toegepast. Patiënten ontvangen hiervoor een email die aangeeft dat men op de website zijn of haar doel kan evalueren via de follow-up module. Er zullen per gedrag verschillende follow-up modules zijn die op verschillende tijdstippen beschikbaar worden voor de patiënt. In de follow-up module kan steeds het doel dat in de vorige module werd gesteld geëvalueerd worden en vergeleken worden met het vorig gedrag en de vorige doelen. Hieronder worden de verschillende vragen weergegeven waaruit de follow-up modules bestaan. De verschillende follow-up modules zijn voor elk gedrag gelijkaardig opgebouwd.

Er zal ook een optie worden toegevoegd waarbij de patiënt er kan voor kiezen of hij zijn of haar actieplan door mailt naar de huisarts. Indien de patiënt hiervoor kiest, dan kan het actieplan worden verzonden naar de huisarts via het online platform Medibridge.

- Intro follow-up module (figuur 6):

Beste jolien,
Bij uw vorig bezoek aan deze website, heeft u een actieplan opgemaakt om meer fruit te eten. Hier onder ziet u nogmaals het doel dat u in dit actieplan had gesteld.

Tijdens dit bezoek kan u aangeven of u al dan niet het doel in uw actieplan heeft behaald. Afhankelijk of u al dan niet uw doel heeft behaald de voorbije week, krijgt u dan een aantal vragen om u te helpen een hoger gelegen doel te stellen of om uw huidig doel (verder) te behalen of om een doel rond een ander gedrag te stellen.

Wat ga ik doen?
Meer fruit eten: ik ga Op 1 dag per week , 1 portie fruit eten

ALS ..., DAN ...
ALS o, DAN p

Figuur 6 Intro follow-up module (fruit)

- Vragen voor de evaluatie:
 - ♦ Op hoeveel dagen heeft u de voorbije week fruit gegeten? (meerkeuze)
 - ♦ Hoeveel porties fruit heeft u de voorbije week gegeten? (Aantallen ingeven per soort)
- De evaluatie (figuur 7):

U at vroeger op geen enkele dag in de week fruit.

Uw doel was om Op 1 dag per week , 1 portie fruit portie(s) fruit te eten.

U heeft net aangegeven dat u de voorbije week op geen enkele dag fruit heeft gegeten.

Beste uit u antwoorden op de vorige vragen konden wij opmaken dat u niet geslaagd bent in uw doel om te beginnen met fruit te eten.
Kan u hier aangeven wat volgens u de reden was dat u uw doel nog niet kon behalen?

Kies één van de volgende antwoorden

Mijn doel was te hoog en/of te moeilijk voor mij

Ik kon mijn doel niet behalen door omstandigheden

Ik was onvoldoende gemotiveerd om mijn doel na te streven

Andere:

*** Wat wil u zelf graag verder doen?**
Kies één van de volgende antwoorden

Ik wil graag een nieuw en meer haalbaar doel stellen

Ik wil de komende week toch nog eens proberen om mijn huidig doel na te streven

Ik zou liever een doel stellen rond een ander gezond gedrag

Figuur 7 De evaluatie

Wanneer men zijn of haar doel te moeilijk vond, dan kan men kiezen om het nog eens te proberen, om een meer haalbaar actieplan te maken of om een vragenlijst rond een ander gedrag in te vullen. Wanneer men kiest om hetzelfde doel nog eens te proberen, dan verschijnt het huidige actieplan opnieuw. Wanneer men kiest om een nieuw actieplan te maken, dan verschijnen de zelfde vragen uit module 1 om opnieuw een actieplan te maken. Er wordt daarbij ook gepeild of er nog andere hindernissen kunnen optreden dan de hindernis die werd aangegeven in de eerste module (zie figuur 8). Indien iemand aangeeft dat men zijn of haar doel niet kon bepalen wegens omstandigheden, wordt

gevraagd aan te geven door welke omstandigheden dit kwam (figuur 9). Daarna wordt ook gevraagd hiervoor een oplossing te zoeken, die zal worden opgenomen in het nieuwe actieplan.

*** U heeft er voor gekozen om de komende week een meer haalbaar doel om meer fruit te eten, na te streven. Via de volgende vragen kan u daarvoor een nieuw actieplan opmaken.**

De vorige keer gaf u aan dat de volgende hindernis voor u de belangrijkste hindernis was om meer fruit te eten: Ik vind veel fruitsoorten niet lekker

Denkt u dat u de komende week opnieuw deze hindernis zal ondervinden wanneer u probeert om meer fruit te eten?

Kies één van de volgende antwoorden

Nee, dit is geen hindernis meer voor mij om meer fruit te eten

Ja, ik denk dat deze hindernis mij het opnieuw moeilijk kan maken om nog meer fruit te eten

Figuur 8 Hindernissen vervolmodule

*** Kan u hier omschrijven door welke omstandigheden of hindernis u uw doel nog niet kon behalen?**

Figuur 9 Omstandigheden vervolmodule

Indien blijkt uit de evaluatie dat het doel behaald werd, kan de patiënt kiezen om een hoger gelegen doel te stellen door opnieuw een actieplan op te maken (figuur 10). De patiënt zal steeds gemotiveerd worden om een hoger doel te stellen om op die manier op termijn de gezondheidsnorm te bereiken. De patiënt ontvangt dit nieuwe actieplan opnieuw via email. Afhankelijk van de voorgaande module ontvangt de patiënt na een week of na een maand opnieuw een email met de vraag of de patiënt dit nieuw actieplan opnieuw wil evalueren. Alle vervolmodules zijn gelijkaardig opgebouwd als de module die hierboven werd besproken. Er is ook een optie dat de actieplannen ook naar de huisarts worden verstuurd mogelijk in het programma.

*** Proficiat, want u bent geslaagd in uw eigen doel om (minstens) porties fruit te eten. Nadat u geslaagd bent in uw doel, kunnen we u alvast aanraden om het eten van meer fruit te blijven volhouden. U kan er natuurlijk ook zelf voor kiezen om uw doel te verhogen of om ook een doel om meer te bewegen te stellen. Wat wil u graag gaan doen?**

Kies één van de volgende antwoorden

Ik wil de komende week mijn zelfde doel nastreven

Ik wil de komende week een hoger doel nastreven om nog meer fruit te eten

Ik wil de komende week een doel rond een ander gedrag nastreven

Figuur 10 Evaluatie geslaagd doel

3.5 Flyers en posters

In de voorafgaande haalbaarheidsstudie gaven huisartsen aan dat men het belangrijk vindt dat er ook flyers en folders voor handen zijn. Daarom zullen flyers worden ontwikkeld die in combinatie met de tablet kunnen worden gebruikt. Op de flyer zal een verwijzing naar de website voorzien zijn. Op die manier kan de huisarts ook een flyer meegeven wanneer er onvoldoende tijd was om de interventie te starten of af te werken op de tablet. Aangezien in de studie van Spittaels (2006) wordt aangegeven dat persoonlijk contact belangrijk is bij de flyer, zal aan huisartsen gevraagd worden om deze flyers persoonlijk mee te geven aan patiënten. De flyers zullen voorzien zijn van dezelfde lay-out als de startpagina van de website. Naast de flyers zullen ook posters worden ontwikkeld die kunnen worden opgehangen in de wachtzaal van de huisarts. Via de poster kan worden duidelijk gemaakt waarom de tablet dient en wie deze mag gebruiken.

3.6 Piloottest

Bij de piloottest van de interventie zal de interventie uitgetest worden bij de 'gebruikersgroep: Vlaamse volwassenen van 18 tot 65 jaar'. Tijdens deze testen zullen o.a. de bruikbaarheid en de acceptatie van de interventie worden getest aan de hand van een tablet en vragenlijsten. Bovendien zal men bij deze gebruikersgroep ook de mening tegenover het toepassen van deze interventie bij de huisarts nagaan aan de hand van een vragenlijst die wordt afgenomen door middel van een kort interview.

Literatuurlijst

Ampt A., Amoroso C., Harris M., McKenzie S., Rose V., Taggart J. (2009). Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Family Practice*; 1471-2296/10/59.

Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernandez (2011). *Planning health promotion programs*. San Francisco: Jossey-Bass

Brug J., Assema P. (2000). Differences in use and impact of computer-tailored dietary fat-feedback according to stage of change and education. *Appetite*. 2000 Jun;34(3):285-93.

De Bourdeaudhuij I, Maes L, De Henauw S, De Vriendt T, Moreno LA, Kersting M, et al. (2010). Evaluation of a Computer-Tailored Physical Activity Intervention in Adolescents in Six European Countries: The Activ-O-Meter in the HELENA Intervention Study. *Journal of Adolescent Health* ; 46:458-66.

De Cocker K., Spittaels H., Cardon G., et al. (2012). Web-Based, Computer-Tailored, Pedometer-Based Physical Activity Advice: Development, Dissemination Through General Practice, Acceptability, and Preliminary Efficacy in a Randomized Controlled Trial, e53-e53. In *Journal of Medical Internet Research* 14 (2).

Eng, T. (2001). *The e-Health Landscape – a terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care*. Princeton NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.

Gans K., Risica P., Strolla L., Fournier L., Kirtania U., Upegui D., Zhao J., George T., Acharyya S. (2009). Effectiveness of different methods for delivering tailored nutrition education to low income, ethnically diverse adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009, 6:24

Gezondheidsenquête, België, 2008 zoals opgenomen in: Demarest S., Hesse E., Drieskens S., e.a. (2010), *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport IV - Gezondheid en Samenleving*. Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.

Gollwitzer, P. M. & Sheeran P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A Meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 68, 69 – 119.

Huisman S., Maes S., De Gucht V., Chatrou M., Haak H. (2009) Low Goal Ownership Predicts Drop-out from a Weight Intervention Study in Overweight Patients with Type 2 Diabetes. *Int. J. Behav. Med.* (2010) 17:176–181.

ICT-Enquête Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (2012). ICT gebruik in huishoudens. Opgehaald van Economie Statistics Belgium:

http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid_leven/ict/

Insites Consulting (2005). Belgian internet mapping 13. Belgian has 4,5 million internet users.. Available at: http://www.insites.be/myDocuments/04/press_releases/20050615_EN_BIM13.pdf.

Jacobsen E., Rasmussen S., Christensen M., Engberg M., Laurantzen T. (2005) Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005; 33: 4–10.

Jacobs AD, Ammerman AS, Ennett ST, Campbell MK, Tawney KW, Aytur SA, et al. Effects of a Tailored Follow-Up Intervention on Health Behaviors, Beliefs, and Attitudes. *Journal of Women's Health* 2004;13(5):557-68.

Kirschenbaum DS, Flanery RC: Toward a psychology of behavioral contracting. *Clinical Psychology Review* 1984, 4:597-618.

Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Lustria MLA, Cortese J, Noar SM, Glueckauf RL. (2009) Computer-Tailored Health Interventions Delivered over the Web: Review and Analysis of Key Components. *Patient Education and Counseling*; 74:156-73

Maes S, Karoly P. (2005) Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology: an International Review*; 54(2):267-99.

McAvoy B., Kaner E., Lock C., Heather N., Gilvarry E. (1999). Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice*, 49, 187-190.

NICE. (2011). Voeding Uitgedokterd - Op maat van de huisartsenpraktijk. Opgehaald van Voeding Uitgedokterd - Op maat van de huisartsenpraktijk: <http://www.voedinguitgedokterd.be/>

Okun, M. A., & Karoly, P. (2007). Perceived goal ownership, regulatory goal cognition, and health behavior change. *American Journal of Health Behavior*, 31, 98-109.

Portnoy DB, Scott-Sheldon LAJ, Johnson BT, Carey MP. (2008) Computer-delivered Interventions for Health Promotion and Behavioral Risk Reduction: A Meta-Analysis of 75 Randomized Controlled Trials, 1988-2007. *Preventive Medicine*; 47:3-16.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. (1994) Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*; 13(1):39-46.

Shakeshaft A., Frankish C. J. (2003) Using patient-driven computers to provide cost-effective prevention in primary care: a conceptual framework. *Health Promotion International* ; 18:67-77.

Spittaels, H. & De Bourdeaudhuij, I. (2006) Implementation of an online tailored physical activity intervention for adults in Belgium. *Health Promotion International*, 21(4): 311-319(9).

Spittaels, H. & De Bourdeaudhuij, I. (2007). Who participates in a computer-tailored physical activity program delivered through the Internet? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(39).

Spittaels, H., De Bourdeaudhuij, I., Brug, J., Vandelanotte, C. (2007) Effectiveness of an online computer-tailored activity intervention in a real-life setting. *Health Education Research*, 22(3): 385-396.

Spittaels, H., De Bourdeaudhuij, I., Vandelanotte, C. (2007) Evaluation of a website-delivered computer-tailored intervention for increasing physical activity in the general population. *Preventive Medicine*, 44(3): 209-217.

Vandelanotte C., & De Bourdeaudhuij I. (2003) Acceptability and feasibility of a computer-tailored physical activity intervention using stages of change:project FAITH. *Health Education Research*, 18: 304 – 317.

Van Genugten L., Van Empelen P., Flink I., Oenema A. (2010) Systematic development of a self-regulation weight-management intervention for overweight adults. *BMC Public Health* 2010, 10:649.

Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons.

Bijlagen

1 Bijlage 1: Powerpoint presentatie focusgroepen



Zelfregulatie binnen de gezondheidspromotie

*Een E-health interventie voor de huisarts (HA)
gericht op zelfregulatie voor de promotie van
gezonde voeding en beweging bij volwassenen*



**Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de
Vlaamse overheid (Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en
Gezin) door:**

- **Promotor: Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij**
Universiteit Gent – Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
(Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen)
- **Copromotor: Prof. Dr. Geert Crombez**
Universiteit Gent – Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
(Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie)
- **Onderzoeker: Drs. Jolien Plaete (start 1 oktober 2012)**
Universiteit Gent – Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
(Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen)



Achtergrond

- **Primaire preventie is belangrijk**
 - Voorkomen van vaak voorkomende ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten, obesitas, ...
- Patiënten vinden **HA een betrouwbare bron** voor het geven van advies i.v.m. voeding en beweging (Shakeshaft & Frankish, 2003)
- **Bereiken van een grote groep mensen**
 - Gemiddeld aantal consulten in Vlaanderen = 4 per jaar (Vlaamse gezondheidsenquête, 2008)
 - 96% van de Vlaamse volwassenen heeft een vaste HA (Vlaamse gezondheidsenquête, 2008)
- **Belangrijk maar niet evident** (tijdsgebrek, goede middelen, ...)



Achtergrond

- **25 HA bevestigd over hun mening tegenover preventie**
 - De meerderheid doet aan preventie rond voeding en beweging
 - Wel nog niet aan primaire preventie (!)
- **72 HA bevestigd over hun gebruik van de screeningskaarten 'Voeding Uitgedokterd':**
 - Niet gebruikt bij alle patiënten
 - Weinig patiënten stellen werkpunten en veranderen hun gedrag (!)
 - **Meest aangegeven barrières** = te weinig tijd door drukke werklust en geen gestandaardiseerde middelen

Gezond eten en bewegen
om met je huisarts te doorlopen

Scoor jij beter dan de gemiddelde Vlaming?
De gemiddelde Vlaming scoort ondermaats.
Hij of zij beweegt te weinig, drinkt te weinig water, eet veel te weinig groenten en fruit, neemt onvoldoende melkproducten en haait te veel calorieën uit de restgroep.

Daag jezelf uit en doe beter. Hoe? Kijk op de achterkant.
Hoe ziet jouw actieve voedingsdriehoek eruit?
www.gezondheidstest.be

4



Voorstel nieuwe interventie

- **Suggestie: interventie die een oplossing tracht te bieden voor primaire preventie bij de huisarts**
- Online, op maat advies
- eHealth, werken met tablets (toekomstgericht)
- Vooral gericht op **actie** en gedragsverandering door de patiënt zelf
- Zelfstandigheid en autonomie van **patiënt centraal**
 - **Zelfregulatie theorie!**



Zelfregulatie

- Wat?

“Scala van gedragingen dat te maken heeft met de manier waarop mensen eigen doelen formuleren, de strategieën die ze zelf formuleren en toepassen om die doelen te realiseren en de wijze waarop ze omgaan met hindernissen daarbij.”



Zelfregulatie theorie

▪ ≠ Traditioneel medisch model

- Geen normen opgelegd
vb. gezondheidsnorm = dagelijks 2 stukken fruit eten
- Maar zelf (meer) haalbare doelen bepalen
vb. 5 keer per week 1 stuk fruit eten

▪ 3 fasen:

1. Selectie en representatie van doelen
2. Actief nastreven van doelen
3. Bereiken, behouden en (eventueel) loslaten van doelen



Zelfregulatie theorie

1. Selectie en representatie van doelen

- Zelfregulatie theorie (Maes & Karoly, 2003)
 - Persoonlijk relevante doelen (autonome of eigen doelen)
 - Haalbaarheid en competentie
 - Specifiek plan
 - Voldoende steun is nodig
- Goal setting theorie (Locke & Latham, 1990)
 - **S**pecific → Specifieke geformuleerde doelen
 - **M**easurable → meetbare doelen
 - **A**ttainable → voor de persoon zelf haalbare doelen
 - **R**elevant → Persoonlijk relevante doelen
 - **T**ime-bound → tijds kader waarbinnen doel kan bereikt worden



Zelfregulatie theorie

2. Actief nastreven van doelen

- Implementatie intentie theorie (Gollwitzer, 1990)
 - Implementatie intenties
 - Voornemen automatisch oproepen bij de eerder bedachte “waar-en-wanneer” omstandigheden
 - **ALS** x zich voordoet, **Dan** plan ik om y te doen
 - Formuleren van implementatie intenties verhoogt gezond gedrag
 - Opstellen van een eigen actieplan:
 - Wat?
 - Wanneer?
 - Waar?
 - Hoe lang?
 - Met wie?
 - Hoe?



Zelfregulatie

3. Bereiken, behouden en loslaten van doelen

- Self-monitoring van gedrag (Creer, 2000b)
 - Via verschillende methoden eigen gedrag registreren (online dagboek, doormailen/afprinten actieplan, ...)
- Evaluatie van gedragsdoelen
 - Evalueren of men een doel bereikt
 - Doel behouden
 - Stellen van een hoger gelegen doel
 - Doel loslaten



Zelfregulatie - onderzoek

- **Effectieve methode binnen therapeutische settings:**
 - Therapietrouw bij diabetes (Huisman et al., 2009)
 - Therapietrouw bij Hemodialyse (Christensen et al., 2002)
 - Alcohol- en drugsgebruik (Miller et al., 2000)
 - Gewichtscontrole (Van Genugten et al., 2010)

- **Binnen gezondheidspromotie – primaire preventie**
 - Fysieke activiteit (Fleig et al., 2011)
 - Groenten en fruit (Fleig et al., 2011; Gollwitzer et al., 2010)
 - Vetiname (Luszczynska et al., 2007)

 - Weinig studies → meer onderzoek nodig!



Zelfregulatie - onderzoek

- **Persoonlijk relevante doelen worden geassocieerd met veranderingen in gezondheidsgedragingen (Williams et al., 1998)**

- **Er is een hogere drop out bij gezondheidsinterventies van personen die doelen worden opgelegd dan van personen die eigen doelen stellen (Huismans et al., 2010)**

- **Doelen worden meer behaald indien er implementatie intenties worden opgesteld (Gollwitzer, 1993)**

- **Invloed en motivatie bij het stellen van doelen door significante anderen is belangrijk (Okun & Karoly, 2007)**



Interventieprogramma

Module	Waar?	Omschrijving
1 "Gedragskeuze"	Bij de huisarts (op tablet)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invullen korte vragenlijst voor een gedrag naar keuze ▪ Op maat feedback
2 "Actieplan"	Thuis (online)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maken van een eigen actieplan ▪ Eigen doel selecteren (Vb. 3 dagen in de week, 1 stuk fruit) ▪ Eigen strategieën selecteren ▪ Anticiperen op moeilijke situaties ▪ Doorsturen actieplan

15



Interventieprogramma

Module	Waar?	Omschrijving
3 "Monitoring"	Thuis Bij de huisarts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bijhouden van gedragsverandering ▪ Evaluatie van gedrag op de website ▪ Aanpassing van doelen en/of strategieën ▪ Oplossingen zoeken voor ondervonden moeilijke situaties ▪ Blijvende aansporing via email ▪ Opvolging door de huisarts

Voorbeeld startpagina tablet

Mijn Actieplan

Een stap in de gezonde richting!



- ✓ Beweegt u voldoende?
- ✓ Eet u genoeg fruit en groenten?
 - ✓ Eet u niet te vet?
 - ✓ Drinkt u voldoende?
- ✓ Zit u te veel neer op een dag?

Ontdek het via deze vragenlijsten en daag u zelf uit om het beter te doen aan de hand van uw eigen actieplan op 'www.MijnActiePlan.be'



Kies zelf maar rond welk gedrag u een vragenlijst wil invullen, u kan achteraf ook nog de andere vragenlijsten invullen

Voorbeeld FRUIT

• **Wat is uw naam?**

• **Wat is uw geslacht?**

Vrouwelijk Mannelijk

• **Wat is uw lichaamsgewicht?**
(Geef dit weer in kilogram, bijvoorbeeld: 72)

In dit veld mogen enkel getallen ingevoerd worden.

• **Wat is uw lichaamslengte?**
(Geef dit weer in centimeter, bijvoorbeeld: 175)

In dit veld mogen enkel getallen ingevoerd worden.

• **Bent u in het verleden reeds in een ziekenhuis opgenomen wegens één van de volgende mogelijkheden:**

- een infarct of hartaanval,
- een verwijding of operatie van een kransslagader,
- een verwijding of operatie aan de bloedvaten van de onderste ledematen (spataderen tellen niet mee)?

Ja Nee

• **Heeft uw geneesheer u, ten gevolge daarvan, aangepast voedingsadvies aangeraden?**

Ja Nee



Voorbeeld FRUIT

* Bent u in behandeling voor diabetes?
Kies één van de volgende antwoorden

- nee
 ja, een dieet en/of medicatie

* Volgt u een speciale voedingsrichtlijn of een dieetadvies omwille van een andere ziekte of aandoening?

- Ja Nee

* Voor welke aandoening of ziekte volgt u een speciale voedingsrichtlijn of dieet?
Meerdere antwoorden mogelijk

- Glutenintolerantie
 Lactose-intolerantie
 Ziekte van Crohn
 Leverziekte
 Nierinsufficiëntie
 fenyktonurie
 Andere:

* Wat is het hoogste diploma of getuigschrift dat u behaald heeft?
Kies één van de volgende antwoorden

- lager onderwijs
 beroepssecundair onderwijs
 technisch onderwijs
 algemeen secundair onderwijs
 hoger onderwijs buiten de universiteit
 universitair onderwijs



Voorbeeld FRUIT

* Op hoeveel dagen heeft u de voorbije week (de voorbije 7 dagen) iets van fruit gegeten?
Kies één van de volgende antwoorden

- Ik heb op geen enkele dag fruit gegeten
 Op 1 dag in de week
 Op 2 dagen in de week
 Op 3 dagen in de week
 Op 4 dagen in de week
 Op 5 dagen in de week
 Op 6 dagen in de week
 Ik heb op elke dag van de week fruit gegeten (7 dagen)

Hoeveel heeft u de voorbije week gegeten van de onderstaande fruitsoorten? (Indien u hiervan niets gegeten heeft, geef dan 0 aan)

Schaaltjes fruitsla?	<input type="text" value="0"/>
Appels, peren, bananen, sinaasappelen, perziken, papaya's, sweeties, schijven verse ananas?	<input type="text" value="1"/>
Dessertschaaltjes bessen, zoals frambozen, rode, witte, blauwe, braambessen, stekelbessen? (1 dessertschaaltje bessen weegt ongeveer 100 gram, een handvol bessen weegt ongeveer 15 gram, een trosje rode bessen weegt ongeveer 10 gram)	<input type="text" value="0"/>

20



Voorbeeld FRUIT

Dessertschaaltjes aardbeien? (1 dessertschaaltje aardbeien weegt ongeveer 100 gram, 1 aardbei weegt 15 gram)	...
Verse abrikozen of vijgen?	...
Mandarijntjes of verse pruimen?	...
Handen vol kersen of krieken? (Een handvol krieken weegt ongeveer 50 gram, 1 kers of kriek weegt 4 gram)	...
Kiwi's?	...
Nectarines?	...
Mango's	...
Schijven meloen	...
Lychees?	...
Trosjes druiven?	...
Eetlepels andere soorten vers fruit?	...
Schijven fruit uit blik of uit glas?	...
Eetlepels fruitmoes?	...



Voorbeeld FRUIT

Beste Evelien,

U heeft aangegeven dat u **op 1 dag in de week** fruit eet en u eet dan gemiddeld **1 portie(s)** fruit.

Het is goed dat u fruit eet, want voor een gezonde voeding wordt het **aangeraden om dagelijks 2 stukken fruit te eten**. Elke stap dichterbij in de richting van deze gezondheidsnorm, kan extra gezondheidsvoordelen opleveren. **Een goede stap in de gezonde richting** voor u kan bijvoorbeeld zijn om **meerdere dagen** in de week fruit te eten **of** om iets **meer porties** fruit te eten.

Om u te helpen deze stap te zetten, kan u op deze website aan de hand van enkele tips zelf **uw eigen actieplan** opstellen om meer fruit te eten. U kan daarbij volledig zelf bepalen op hoeveel dagen u wil fruit eten, hoeveel fruit u wil eten en hoe u dit wil doen. Op die manier kiest u voor **een persoonlijk fruitdoel** dat u zelf haalbaar vindt. Dit advies is dus vooral een richtlijn om uw eigen fruitdoel te bepalen via uw eigen actieplan.

Om u een idee te geven van welk soort fruitdoel u kan stellen in uw actieplan staat hieronder een voorbeeld van een doel dat iemand anders heeft gekozen voor zijn/haar actieplan:

"Eric, koos er voor om op 4 dagen in de week 1 stuk fruit te eten"

"Elien, koos er voor om op 2 dagen in de week 2 stukken fruit te eten"

* Wilt u graag uw eigen actieplan om meer fruit te eten opmaken?

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja, ik wil mijn eigen actieplan opmaken
- Nee, ik wil eerst nog wat meer informatie lezen over fruit
- Nee, ik wil een vragenlijst rond een ander gedrag invullen



Welzijn

U heeft gekozen om eerst nog wat meer informatie over fruit te lezen. Hieronder kan u zelf kiezen wat u precies nog wil lezen.

Wanneer u al de informatie gelezen hebt, kan u kiezen om uw eigen actieplan rond fruit op te maken of om een vragenlijst rond een ander gedrag in te vullen.

Welke informatie wil u zelf graag nalezen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Omschrijving fruit
- Aanbevelingen voor de hoeveelheid fruit in een gezonde voeding
- Kan fruit groenten vervangen?
- Op welke wijze kan fruit gegeten worden?
- Waarom hoort zoet broodbeleg zoals confituur niet in de fruitgroep?
- Waarom behoren noten niet tot de fruitgroep?
- Stukken, porties, hoe rekenen?
- Kan gedroogd fruit vers fruit vervangen?
- Kan vers fruitsap vers fruit vervangen?
- Welk fruit eet ik best in welk seizoen?
- Tips om meer fruit te eten

Aanbevelingen voor de hoeveelheid fruit in een gezonde voeding:

De dagelijkse aanbeveling is 250 tot 375 gram fruit. Dat komt ongeveer overeen met twee tot drie stukken fruit. Per stuk fruit wordt ongeveer 125 gram gerekend. Voor volwassenen vanaf 19 jaar worden 2 stukken fruit (= 250 gram) aangeraden en voor ouderen (60+) worden 2 tot 3 stukken (250-375 gram) aangeraden.

Tabel: Voedingsaanbevelingen volgens leeftijd voor fruit:

Leeftijd	Aanbeveling voor de groep fruit
Peuter (1,5 - 3 jaar)	1 stuk fruit (100 gram)
Kleuter (3 - 6 jaar)	1 tot 2 stukken fruit (100 - 200 gram)
Kinderen (6 - 11 jaar)	2 stukken fruit (250 gram)
Jongeren (12 - 18 jaar)	3 stukken fruit (375 gram)
Volwassenen (19 - 59 jaar)	2 stukken fruit (250 gram)
Ouderen (60+)	2 tot 3 stukken fruit (250 - 375 gram)

Bron: Vanhauwaert, E. (2012). De actieve voedingsdriehoek: groep per groep, De ACTIEVE voedingsdriehoek (pp. 52). Leuven: (België): Acco.

Voorbeeld FRUIT



Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

* Wil u na het lezen van deze informatie een actieplan rond fruit opmaken?

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja, ik wil een actieplan rond fruit opmaken
- Nee, ik kies liever een ander gedrag op de startpagina

Evelien, aan de hand van dit actieplan kan u plannen hoe u meer fruit wil eten, wanneer en met wie.

Dit kan u doen door op de volgende vragen te antwoorden of zelf suggesties toe te voegen bij sommige onderdelen. Wanneer u alle vragen heeft doorlopen, zal uw eigen actieplan automatisch worden opgesteld en kan u dit afprinten.

Om tot een goed actieplan te komen, is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt. Kies bij het opstellen van uw actieplan vooral voor doelen en strategieën die u zelf haalbaar vindt.

* Denkt u dat u bepaalde situaties of moeilijkheden zou kunnen ondervinden wanneer u probeert om meer fruit te eten?

Kies één van de volgende antwoorden

- Ja, ik denk dat ik vaak moeilijke situaties en hindernissen zal ondervinden
- Ja, ik denk dat ik soms moeilijke situaties en hindernissen zal ondervinden
- Nee, ik denk dat ik geen moeilijke situaties of hindernissen zal ondervinden



Welzijn,

- Kan u hieronder beschrijven waardoor u het moeilijk kan vinden en wat voor u dus hindernissen kunnen zijn om meer fruit te eten?

Kunt u nu aangeven welke optie uit de volgende lijst het best omschrijft wat voor u de belangrijkste hindernis kan zijn om (meer) fruit te eten? U kunt de optie kiezen die het beste aansluit bij wat u bij de vorige vraag heeft geantwoord.

Indien geen van de onderstaande opties passen, dan kan u 'andere' aanduiden en daarbij een omschrijving geven. Indien u geen moeilijke momenten of hindernissen kent om meer fruit te eten, dan kan u de laatste optie aanduiden.

Kies één van de volgende antwoorden

- Ik vind veel fruitsoorten niet lekker
- Ik ken niet veel verschillende fruitsoorten
- Ik vind fruit duur
- Ik ervaar een gebrek aan steun en aanmoediging van mijn partner, familie, vrienden, ... om meer fruit te eten
- Ik vind dat fruit niet lang genoeg houdbaar is
- Ik bereid fruit niet graag (schillen, wassen, snijden)
- Ik heb te weinig tijd/ik heb het te druk om fruit te bereiden (schillen, wassen, snijden, ...)
- Ik weet niet wanneer ik allemaal fruit kan eten
- Ik vind dat er te weinig fruit beschikbaar is op mijn werk
- Ik vind dat er te weinig fruit beschikbaar is bij mijn thuis
- Ik vergeet vaak om fruit te eten
- Ik vind dat fruit slecht verkrijgbaar is
- Ik heb vaak zin in iets anders om te eten dan fruit
- Geen van de bovenstaande en andere hindernissen zijn van toepassing voor mij
- Andere:

Voorbeeld fruit



Welzijn,
Volksgezondheid
en Gezin

Voorbeeld FRUIT

*
Hoe wilt u proberen om toch meer fruit te eten dan u nu doet?

U heeft aangegeven dat de **belangrijkste hindernis** voor u om (meer) fruit te eten is **dat u fruit niet graag bereid (wassen, schillen, snijden)**. Daarom worden hier enkele methoden voorgesteld die u zouden kunnen helpen om toch meer fruit te eten. Geef die methode aan die u zelf wil toepassen om meer fruit te eten. Kies daarbij vooral voor de methode waarvan u denkt dat deze voor u haalbaar is om deze zelf uit te voeren. U kan ook een andere methode bedenken dan de methoden die reeds zijn aangegeven en deze noteren bij 'andere'.

Kies één van de volgende antwoorden

- Door ook eens voorgesneden diepvries fruit te eten
- Door ook eens blikfruit te eten (zonder toegevoegde suikers)
- Door fruit 1 keer op voorhand te bereiden voor enkele dagen (bijvoorbeeld een grote kom fruitsalade maken en deze bewaren in de koelkast)
- Door die fruitsoorten te kiezen die je niet hoeft te bereiden of die gemakkelijk te bereiden zijn (een appel/peer met schil uit het vuistje, een kiwi die je in twee snijdt, een banaan, bessen en vruchten zoals aardbeien, druiven, kersen, frambozen, ...)
- Andere:

*
Via de volgende vragen, kan u kiezen welk doel u zelf wil stellen om meer fruit te eten.

Aan de hand van de vragenlijst kon u vaststellen dat u op **Op 1 dag in de week fruit at en dat u gemiddeld 1 porties fruit at op de dagen dat u fruit at.**

Om meer fruit te eten kan u er dus voor kiezen om meer porties fruit te eten of om op meer dagen fruit te eten of voor allebei. Kies daarbij vooral voor een doel dat u zelf haalbaar vindt en waarvan u denkt dat u dit al zal lukken. U krijgt achteraf altijd de keuze om uw doel aan te passen. **Op welke manier wil u beginnen om meer fruit te eten?**

Kies één van de volgende antwoorden

- Door op meer dagen van de week fruit te eten
- Door grotere porties fruit te eten
- Door zowel op meer dagen van de week fruit te eten als grotere porties fruit te eten



Voorbeeld FRUIT

* U hebt er voor gekozen om op meer dagen in de week fruit te eten. U heeft aangegeven dat u momenteel op Op 1 dag in de week fruit eet. U kan hier nu uw doel stellen door aan te geven op hoeveel dagen per week u wil gaan fruit eten:

Kies één van de volgende antwoorden

- Op 1 dag per week
- Op 2 dagen per week
- Op 3 dagen per week
- Op 4 dagen per week
- Op 5 dagen per week
- Op 6 dagen per week
- Op 7 dagen per week

* Op welke momenten wil u vooral fruit eten?
(Indien u een ander moment verkiest dan de aangegeven momenten, dan kan u dit noteren bij 'andere')

Meerdere antwoorden mogelijk

- Tijdens het ontbijt
- Als tussendoortje in de voormiddag
- Tijdens het middagmaal
- Als tussendoortje in de namiddag
- Tijdens het avondmaal
- Als tussendoortje 's avonds
- Andere:



Voorbeeld FRUIT

* Waar wil u vooral fruit eten?
(Indien u andere plaats verkiest als de plaatsen die aangegeven zijn kan u die noteren bij 'andere')

Meerdere antwoorden mogelijk

- Thuis
- Op het werk
- Bij familie en vrienden
- Op restaurant
- Andere:

Nu kan u aan de hand van uw antwoorden op de vorige vragen ook een ALS, DAN plan opstellen.

Het is namelijk wetenschappelijk bewezen dat personen die op voorhand een **ALS, DAN plan** opstellen, beter hun doelen kunnen bereiken doordat zij op voorhand aangeven wanneer zij dit zullen doen.

Om zelf een ALS, DAN plan op te stellen, kan u het volgende doen:

Bij de **ALS**, geeft u aan wanneer u nu precies meer fruit wil eten.
Bij de **DAN**, geeft u aan wat u dan juist wil doen.

Dit zijn enkele voorbeelden van personen die een ALS, DAN plan hebben opgesteld:

- **ALS** ik thuis ontbijt, **DAN** eet ik ook nog een stuk vers fruit
- **ALS** ik thuis ontbijt, **DAN** eet ik ook nog wat blikfruit (zonder toegevoegde suikers) bij mijn yoghurt
- **ALS** ik in de voormiddag een tussendoortje eet op mijn werk, **DAN** eet ik een stuk fruit in plaats van een koek
- **ALS** ik in de namiddag een tussendoortje eet op mijn werk, **DAN** eet ik een stuk fruit als tussendoortje
- **ALS** ik 's avonds thuis nog een tussendoortje neem terwijl ik naar TV kijk, **DAN** zal ik een stuk fruit eten in plaats van chips
- **ALS** ik als middagmaal warm eet, **DAN** zal ik ook eens fruit bij de warme maaltijd eten
- **ALS** ik mijn avondmaal heb gegeten, **DAN** zal ik ook nog een stukje fruit eten
- **ALS** het zaterdagnamiddag is, **DAN** bereid ik een volledige kom fruitsla voor de komende dagen

U kan hier uw **eigen ALS, DAN plan opstellen** dat zoveel mogelijk voor uzelf van toepassing is.

Zorg er voor dat u in uw als dan plan duidelijk aangeeft **wanneer (een tijdstip)** of **tijdens welke situaties** u iets zal doen en beschrijf dit zo specifiek mogelijk (zoals in de voorbeelden).

Op die manier zal u zich uw actieplan beter herinneren wanneer die situatie of dat tijdstip zich voor doet. U kan uw plan om meer fruit te eten dan gemakkelijker op deze momenten gaan toepassen.

*** ALS ...**

ik de volgende keer fruit koop in de winkel

*** DAN ...**

koop ik fruitsoorten die makkelijk te bereiden zijn of die ik niet hoeft te bereiden (kiwi, appel, peer)

**Voorbeeld FRUIT***** Vanaf wanneer wil u meer fruit eten en uw doel nastreven?**

05.09.2013



Voorbeeld van een actieplan

Mijn Actieplan
Wat ga ik doen?
Meer fruit eten: ik ga Op 2 dagen per week
Hoe ga ik dit vooral doen?
Door die fruitsoorten te kiezen die je niet hoeft te bereiden of die gemakkelijk te bereiden zijn (een appel/peer met schil uit het vuistje, een kiwi die je in twee snijdt, een banaan, bessen en vruchten zoals aardbeien, druiven, kersen, frambozen, ...)

ALS ..., DAN ...
ALS ik de volgende keer fruit koop in de winkel, DAN koop ik fruitsoorten die makkelijk te bereiden zijn of die ik niet hoeft te bereiden (kiwi, appel, peer)

Vanaf wanneer ga ik dit doen?
2013-09-05 00:00

Indien dit het actieplan is dat u wil nastreven, dan mag u op volgende klikken.

Indien u dit actieplan toch nog niet goed vindt, dan kan u op vorige klikken en het actieplan aanpassen door een ander antwoord te geven op de vragen.

Evelien,
U heeft aangegeven dat u in behandeling bent voor diabetes.

Daarom raden wij aan om na te gaan of uw actieplan past binnen het dieet dat u moet volgen.
We raden u aan om dit actieplan zeker te bespreken met uw huisarts of met de hulpverlener waarbij u in behandeling bent voor diabetes.

Wij raden u alvast aan om suikerrijke fruitsoorten zoals bananen, druiven en exotisch fruit zoals mango, lychee, passievruchten, granaatappel, enz. te vermijden.



Voorbeeld FRUIT

- Dit actieplan krijgt de patiënt nogmaals toegestuurd in zijn/haar mailbox
 - Mogelijkheid tot afprinten bij de patiënt thuis
- 1 week later → nieuwe email voor de vervolg module (idem na 1 en 6 maand)
 - Evaluatie van het doel



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

Beste Evelien,
Bij uw vorig bezoek aan deze website, heeft u een actieplan opgemaakt om meer fruit te eten. Hier onder ziet u nogmaals het doel dat u in dit actieplan had gesteld.

Tijdens dit bezoek kan u aangeven of u al dan niet het doel in uw actieplan heeft behaald. Afhankelijk of u al dan niet uw doel heeft behaald de voorbije week, krijgt u dan een aantal vragen om u te helpen een hoger gelegen doel te stellen of om uw huidig doel (verder) te behalen of om een doel rond een ander gedrag te stellen.

*
Op hoeveel dagen heeft u de voorbije week fruit gegeten?

Kies één van de volgende antwoorden

- Op geen enkele dag
- Op 1 dag
- Op 2 dagen
- Op 3 dagen
- Op 4 dagen
- Op 5 dagen
- Op 6 dagen
- Op 7 dagen



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

U at vroeger op Op 1 dag in de week dagen in de week fruit en u at dan gemiddeld 1 portie(s) fruit.

Uw doel was om Op 2 dagen per week .

U heeft net aangegeven dat u de voorbije week op geen enkele dag fruit heeft gegeten.

*
Beste, uit u antwoorden op de vorige vragen konden wij opmaken dat u niet geslaagd bent in uw eigen doel om op meer dagen per week fruit te eten en het aantal dagen waarop u fruit at is ook niet gestegen.

Kan u hier aangeven wat volgens u de reden was dat u uw doel nog niet kon behalen?

Kies één van de volgende antwoorden

- Mijn doel was te hoog en/of te moeilijk voor mij
- Ik kon mijn doel niet behalen door omstandigheden
- Ik was onvoldoende gemotiveerd om mijn doel na te streven
- Andere:

* **Wat wil u zelf graag verder doen?**
Kies één van de volgende antwoorden

- Ik wil graag een nieuw en meer haalbaar doel stellen
- Ik wil de komende week toch nog eens proberen om mijn huidig doel na te streven
- Ik zou liever een doel stellen rond een ander gezond gedrag



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

* U heeft er voor gekozen om de komende week een meer haalbaar doel om meer fruit te eten, na te streven. Via de volgende vragen kan u daarvoor een nieuw actieplan opmaken.

* De vorige keer gaf u aan dat de volgende hindernis voor u de belangrijkste hindernis was om meer fruit te eten: Ik bereid fruit niet graag (schillen, wassen, snijden)
Denkt u dat u de komende week opnieuw deze hindernis zal ondervinden wanneer u probeert om nog meer fruit te eten?

Kies één van de volgende antwoorden

- Nee, dit is geen hindernis meer voor mij om meer fruit te eten
 Ja, ik denk dat deze hindernis mij het opnieuw moeilijk kan maken om nog meer fruit te eten

* Denkt u dat u nog een andere hindernis, dan de hindernis die u al aangaf, zal ondervinden?
(Misschien heeft u de voorbije week soms een andere hindernis ondervonden of misschien denkt u dat er andere hindernissen u zullen hinderen om uw hoger doel te bereiken, ...)

- Ja Nee



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

* Welke hindernis kan u de komende week nog ondervinden denkt u?
(Indien de hindernis waar u aan denkt niet weergegeven is in deze lijst, kan u 'andere' aanduiden en daar de hindernis omschrijven)

Kies één van de volgende antwoorden

- Ik vind veel fruitsoorten niet lekker
 Ik ken niet veel verschillende fruitsoorten
 Ik vind fruit duur
 Ik ervaar een gebrek aan steun en aanmoediging van mijn partner, familie, vrienden, ... om meer fruit te eten
 Ik vind dat fruit niet lang genoeg houdbaar is
 Ik bereid fruit niet graag (schillen, wassen, snijden)
 Ik heb te weinig tijd/ik heb het te druk om fruit te bereiden (schillen, wassen, snijden, ...)
 Ik weet niet wanneer ik allemaal fruit kan eten
 Ik vind dat er te weinig fruit beschikbaar is op mijn werk
 Ik vind dat er te weinig fruit beschikbaar is bij mijn thuis
 Ik vergeet vaak om fruit te eten
 Ik vind dat fruit slecht verkrijgbaar is
 Ik heb vaak zin in iets anders om te eten dan fruit
 Geen van de bovenstaande en andere hindernissen zijn van toepassing voor mij
 Andere:



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

*

Hoe wilt u proberen om toch meer fruit te eten dan u nu doet?

U heeft aangegeven dat de **belangrijkste hindernis** voor u om (meer) fruit te eten is **dat u vaak zin heeft in iets anders dan fruit**. Daarom worden hier enkele methoden voorgesteld die u zouden kunnen helpen om toch meer fruit te eten. Geef die methode aan die u zelf wil toepassen om meer fruit te eten. Kies daarbij vooral voor de methode waarvan u denkt dat deze voor u haalbaar is om deze zelf uit te voeren. U kan ook een andere methode bedenken dan de methoden die reeds zijn aangegeven en deze noteren bij 'andere'.

Kies één van de volgende antwoorden

- Door als ik zin heb in iets anders toch een stuk fruit in de plaats te eten
- Door als ik zin heb in iets anders toch ook nog een stuk fruit erbij te eten
- Door een stuk fruit te eten vooraleer ik honger en trek krijg in andere zaken
- Door afleiding te zoeken wanneer ik zin krijg in een ander (calorierijk) tussendoortje. (Ga bijvoorbeeld een stuk lopen of fietsen, lees een boek of doe iets anders. Daardoor verdwijnt de zin in een calorierijk tussendoortje misschien en wordt het makkelijker om voor fruit te kiezen.)
- Door fruit ook te combineren met andere maaltijden (als broodbeleg, bij de warme maaltijd, in salades, bij desserts of tussendoortjes, vers fruit met yoghurt, fruitmilkshake, ...)
- Door andere/nieuwe fruitsoorten te eten die ik normaal nog niet at (infoknop met verschillende soorten fruit: (appels, peren, bananen, sinaasappelen, perziken, papaya's, verse ananas, bessen, frambozen, rode/witte/blauwe braambessen, stekelbessen, aardbeien, verse abrikozen of verse vijgen, mandarijntjes, verse pruimen, kersen, krieken, kiwi's, nectarines, mango's, meloen, olijven, druiven, fruit uit blik, fruitmoes)
- Andere:

* Op hoeveel dagen wil u de komende week fruit eten?

Kies één van de volgende antwoorden

- Op 1 dag
- Op 2 dagen
- Op 3 dagen
- Op 4 dagen
- Op 5 dagen
- Op 6 dagen
- Op 7 dagen

* Hoeveel porties fruit wil u eten op de dagen dat u fruit eet?

Kies één van de volgende antwoorden

- 0.5 (halve) portie fruit
- 1 portie fruit
- 1.5 (anderhalve) portie fruit
- 2 porties fruit
- Meer dan 2 porties fruit

* Op welke momenten wil u vooral fruit eten? (Indien u een ander moment verkiest dan de aangegeven momenten, dan kan u dit noteren bij 'andere')

Meerdere antwoorden mogelijk

- Tijdens het ontbijt
- Als tussendoortje in de voormiddag
- Tijdens het middagmaal
- Als tussendoortje in de namiddag
- Tijdens het avondmaal
- Als tussendoortje 's avonds
- Andere:



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

* ALS ...

* DAN ...

* Vanaf wanneer wil u dit doel nastreven?



Voorbeeld vervolgmodule (fruit)

Hier ziet u uw nieuw actieplan. Indien dit het actieplan is dat u wil nastreven, dan mag u op volgende klikken. Indien u dit actieplan toch nog niet goed vindt, dan kan u op vorige klikken en het actieplan aanpassen door een ander antwoord te geven op de vragen.

Als dit het actieplan is dat u wil nastreven dan bent u klaar en kan u starten op het door u aangegeven moment met het nastreven van uw doel. Een week later kan u opnieuw naar deze website komen om te evalueren of u uw doel bereikt heeft. U kunt dan opnieuw kiezen om: uw doel verder te behouden, of om een hoger gelegen doel om meer fruit te eten te kiezen, of om een extra doel rond een ander gedrag (groenten, water, tussendoortjes, beweging) op te stellen.

Indien u dit wenst kan u dus volgende week deze website opnieuw bezoeken om uw doel te evalueren. U kunt het programma nu sluiten **door op volgende te klikken**.

Veel succes en we hopen u terug te zien voor een volgend bezoek!

Mijn Actieplan

Wat ga ik doen?

Meer fruit eten: ik ga Op 1 dag , 1 portie fruit eten.

Hoe ga ik dit vooral doen?

Door fruit ook te combineren met andere maaltijden (als broodbeleg, bij de warme maaltijd, in salades, bij desserts of tussendoortjes, vers fruit met yoghurt, fruitmilkshake, ...)

ALS ..., DAN ...

ALS Ik thuis als tussendoortje een potje yoghurt eet , DAN eet ik er een peer of een appel bij

Vanaf wanneer ga ik dit doen?

2013-09-11 00:00



Gesprekken met belangrijke stakeholders

- **Jullie mening door feedback en discussie aan de hand van enkele open vragen**
- Al deze informatie wordt anoniem verwerkt
- Deze studie is goedgekeurd door het Ethisch Comité (EC/2012/906)
- Ondertekenen informed consent
- Invullen algemene vragenlijst
- Verdere medewerking?



Bedankt voor jullie medewerking!

Indien er nog vragen zijn, kunnen jullie mij steeds contacteren:

Jolien Plaete

Department of Movement and Sport Sciences

Faculty of Medicine and Health Sciences

Ghent University

Watersportlaan 2

9000 Gent

BELGIUM

jolien.plaete@UGent.be

Tel: 00 32 9 264 63 63

Fax: 00 32 9 264 64 84

2 Bijlage 2: Interviewguide focusgroepen

Gesprekken met de stakeholders: huisartsen

Verloop

Wat	Duur	wie
Uitdelen informatiebrief, informed consent, vragenlijst en hand outs	20 min	Co-mod
Start opname (net voor de presentatie)		Co-mod
Presentatie Tekst zie powerpoint		Jolien
Inleiding en praktische info over de gesprekken als einde van de presentatie		Jolien
In geval groep groter dan 10 huisartsen “Omdat we met een grote groep zijn, willen we jullie graag opsplitsen in 2 groepen, zodanig dat de discussie duidelijk kan verlopen.” <i>De ene groep blijft bij Jolien de andere groep gaat mee met de 2^{de} moderator. Bij elke moderator blijft ook een co-moderator</i>		Jolien Moderator 2
Start gesprek De vragen worden gesteld en de sturing gebeurt door de moderator Co-moderator checkt opname apparatuur Co-moderator houdt duur verschillende gespreksonderdelen in de gaten Co-moderator noteert en maakt een samenvatting Voor de vragen → zie interviewguide	1h15 min	Per groep 1 moderator en 1 co-moderator
Afronding Samenvatting van het gesprek maken en vragen of dit overeenkomt met wat ze bedoeld hebben Bij de afronding nog eens navragen wie verder willen meewerken bij het uittesten van deze interventie en vragen of die hun naam, emailadres en telefoonnummer willen opgeven bij de laatste vraag bij de algemene vragen	5 min	moderator
Informed consent en algemene vragenlijst ophalen	5 min	Co-moderator

INTERVIEWGUIDE

De hoofdvragen dienen zeker aanbod te komen. De subvragen zijn extra vragen ter verduidelijking of vragen die de moderator kunnen helpen wanneer het stroef verloopt. Indien deze subvraag toch in het vet staat dan moet deze vraag toch als aanvulling gesteld worden (indien dit nog niet aanbod kwam).

- **FASE 1: motivatie en aanzet tot het gebruiken van de interventie bij/door de huisarts** 40 min

Haalbaarheid fase 1

“Op basis van het onderzoek dat we gevoerd hebben en op basis van eerdere interviews met huisartsen hebben we in de presentatie dus een voorstel gedaan van hoe de interventie kan gestart worden bij huisartsen. Toch zijn we ons nog bewust dat er bij deze methoden nog een aantal moeilijkheden kunnen bestaan. Daarom zijn deze drie methoden momenteel nog een voorstel waarover we graag jullie mening weten. De methoden die voor de start van de interventie worden voorgesteld zijn;

1. *door een tablet (met daarop de vragenlijst rond voeding en beweging) in de wachtzaal van de huisarts te plaatsen,*
2. *door dat de huisarts deze tablet af geeft aan patiënten die wachten in de wachtzaal,*
3. *door deze tablet tijdens de consultatie aan een patiënt te geven*

Ik zou eerst willen ingaan op de eerste methode,”

1. Wat zijn volgens jullie hindernissen voor deze eerste methode waarbij een tablet in de wachtzaal wordt geplaatst (methode 1)? (waargenomen gedragscontrole)

1.1. Zijn er ook positieve punten aan deze methode?

2. Wat zijn volgens jullie hindernissen voor de methode waarbij de huisarts de tablet af geeft aan patiënten die in de wachtzaal zitten (methode 2)?

2.1. “Stel uw wachtzaal zit vol met patiënten aan welke patiënt gaat u de tablet dan geven (bijvoorbeeld de eerst volgende, of...)?”

2.2. Zijn er ook positieve punten aan deze methode?

3. Wat zijn volgens jullie hindernissen voor de methode waarbij de huisarts de tablet geeft aan patiënten tijdens de consultatie (methode 3)?

3.1. Is er voldoende tijd om dit in een consultatie te doen?

3.2. In welk soort consultaties zou dit best passen?

(Alle consultaties, patiënten die op controle komen, patiënten die voor een vaccinatie komen, ...)

3.3. Zijn er ook positieve punten aan deze methode?

4. Welke van de 3 methodes denken jullie dus dat het best toepasbaar zou zijn (en waarom)? (=attitude/uitkomstverwachtingen)

4.1. Welke methode zouden de meeste huisartsen volgens jullie kiezen? (subjectieve norm)

5. Zouden jullie deze interventie gebruiken bij alle patiënten en dus aan primaire preventie doen?

5.1. Kunnen jullie voorbeelden geven bij welke patiënten jullie deze interventie dan wel kunnen gebruiken?

(enkel indien ze aangeven het niet bij alle patiënten te willen doen)

6. Hoe denken jullie dat patiënten zullen reageren indien jullie hun deze tablet aanreiken? (subjectieve norm)

6.1. “Stel de tablet is beschikbaar in uw wachtzaal, denkt u dat patiënten deze zullen gebruiken?”

6.2. “Stel u wachtzaal zit vol en u geeft de tablet met een korte uitleg aan de eerst volgende patiënt? Denkt u dat die patiënt de tablet gemakkelijk zal aannemen en er zal willen met werken?”

6.3. “Stel er is een patiënt die bij u op controle komt en u geeft hem/haar eerst de tablet rond voeding en beweging vooraleer u de controle uitvoert, hoe zal deze patiënt reageren denkt u?”

Zelf regulatie in fase 1

“Zoals in de presentatie daarnet werd aangegeven is deze interventie opgebouwd volgens de principes van de zelfregulatie theorie. Om deze theorie in de eerste fase (bij de huisarts) al aanbod te laten komen, geven we de keuzemogelijkheid aan de patiënt om zelf te kiezen rond welk gedrag men een vragenlijst wil invullen. Patiënten kunnen kiezen om een vragenlijst rond groenten, fruit, vet, dranken of beweging in te vullen.”

7. Hoe staan jullie tegenover deze keuzevrijheid van de patiënten? (attitude t.o.v. zelf regulatie)

7.1. “Stel dat een patiënt bijvoorbeeld kiest om te werken rond beweging maar u denkt dat deze patiënt volgens u eigenlijk beter werkt rond voeding, hoe zou u daar dan met omgaan denkt u?”

- **FASE 2: motivatie en aanzet tot het gebruiken van de interventie bij/door de huisarts** 30 min

“De tweede fase bestaat er uit dat patiënten nadat ze een advies kregen over een zelfgekozen gedrag, een eigen actieplan opmaken. De patiënt doet dit volledig zelf aan de hand van het online programma. De patiënt vult enkele vragen in en komt zo tot een eigen actieplan. De patiënt kan dit bij de huisarts doen (indien hij nog aan het wachten is of hij kan dit thuis verder afwerken op zijn eigen computer).”

Haalbaarheid fase 2

- 8. Denken jullie dat jullie patiënten zo een actieplan zullen opmaken?** (subjectieve norm)
- 9. Momenteel stellen we voor dat patiënten dit actieplan ook kunnen doorsturen naar zijn of haar huisarts. Vinden jullie het goed dat patiënten hun eigen actieplan kunnen doorsturen naar jullie?** (attitude)
- 9.1.** “Stel een patiënt stuurt zijn/haar actieplan door naar u en dit komt terecht in uw mailbox, wat gaat u dan met dit actieplan doen denkt u?”
(Het actieplan bekijken, het actieplan opslaan in een extra map voor actieplannen?)
- 9.2.** Zouden jullie het actieplan bespreken met patiënten wanneer die opnieuw op consultatie komen (attitude)?

Zelfregulatie fase 2

“Om hun eigen actieplan op te stellen kiezen patiënten zelf wat ze willen veranderen en hoe ze dit willen doen. Ze kunnen bijvoorbeeld aangeven dat ze vanaf nu 3 keer per week 1 stuk fruit willen eten, terwijl de gezondheidsnorm elke dag 2 stukken fruit eten is.”

- 10. Vinden jullie het goed dat patiënten volledig zelf hun eigen doelen en strategieën bepalen die kunnen afwijken van de gezondheidsnorm?** (attitude)
- 10.1.** Hoe denkt u dat u zou reageren op een patiënt die er zelf voor kiest om op 2 dagen in de week 1 stuk fruit te eten?

• Algemeen tegenover de totale interventie

“Door patiënten zelfstandig een vragenlijst te laten invullen, door automatisch feedback op maat te geven en door patiënten een eigen actieplan te laten opmaken, leggen we bij deze interventie vooral de nadruk op de zelfstandigheid van de patiënt zelf. Op die manier suggereren we ook dat deze interventie een oplossing kan bieden voor huisartsen om toch aan preventie te doen, ondanks de drukte en het te kort aan tijd voor preventie.”

- 11. Vinden jullie dat deze stelling klopt, kan deze interventie het gemakkelijker maken voor jullie om aan preventie te doen ook tijdens drukke periodes?**
- 12. Denken jullie dat deze interventie effectief kan zijn in het veranderen van gezonde voeding en/of beweging van uw patiënten?** (attitude/uitkomstverwachtingen)
- 13. Zouden veel artsen volgens jullie deze interventie willen toepassen in hun praktijk?** (intentie)

14. Op welke manier zou deze interventie gemakkelijker te gebruiken zijn voor jullie?

(attitude/uitkomstverwachtingen)

14.1. Kunnen jullie bijvoorbeeld een andere manier of oplossing aanbrengen om de tablet te gebruiken in jullie praktijk? (bij online afspraak, ...)

14.2. Hebben jullie nog aanvullende suggesties hoe deze interventie best kan gestart worden in de huisartsenpraktijk?

BIJ WIJZE VAN AFRONDING 5 min**15. Nadelen opsommen die werden aangegeven**

15.1. Klopt dit dat dit de grootste nadelen zijn die jullie zien aan deze interventie?

15.2. Zijn er nog nadelen?

15.3. Opsommen wat moet veranderen om de interventie beter te kunnen gebruiken

15.4. Moeten er nog zaken worden toegevoegd of worden weggelaten?

16. Voordelen opsommen die werden aangegeven

16.1. Klopt dit dat dit de grootste voordelen zijn die jullie zien aan deze interventie?

16.2. Zijn er nog voordelen?

AFRONDEN

- Navragen medewerking voor pilootinterventie → invullen vragenlijst algemene gegevens en afgeven + informed consent afgeven

CHECKLIST VRAGEN:

- Hindernissen bij methode tablet in wachtzaal
- Hindernissen bij methode tablet afgeven door HA
- Hindernissen bij methode tablet in consultatie
- Welke methode is het best toepasbaar?

- Interventie gebruiken bij alle patiënten? (=primaire preventie)
- Hoe gaan patiënten tegenover de methode staan?

- Hoe staan jullie tegenover de keuzevrijheid van patiënten? (keuze tussen verschillende gedragingen)

- Gaan patiënten een actieplan opmaken?
- Voorstel doorsturen email?

- Afwijken van de gezondheidsnorm doordat patiënten eigen doelen stellen

- Klopt de stelling dat deze interventie tijdbesparend kan optreden en kan helpen om aan preventie te doen?
- Effectiviteit interventie?
- Gaan veel huisartsen deze interventie willen gebruiken?

- Afronding: voor en nadelen afoetsen en afoetsen wat moet veranderen

Op basis van vorige lok-groep:

- Vinden jullie het de taak van de HA om een dergelijke interventie aan te bieden/ter beschikking te stellen?
 - o Denken jullie dat er andere hulpverleners uit de eerstelijnszorg dit beter kunnen doen? Aan wie denk je dan?
- Exclusiecriteria, welke patiënten mogen deze tool niet gebruiken? Vb. een diabetespatiënt uitsluiten?
- Gaan patiënten thuis opnieuw naar de website gaan om actieplan op te maken en wekelijks verder op te volgen?
- Hoe lang zullen patiënten dit gebruiken?
- Afprinten actieplan (bij de huisarts of bij patiënt thuis)?
- Doorsturen van actieplan naar familie en vrienden een goed idee?
- Verschillende gedragingen die worden opgenomen ok? (vb ook alcohol opnemen?)

3 Bijlage 3: Codeboom analyse focusgroepen

CODEBOEK volgens *theory of planned behaviour*

Zwart: vertrekpunt vanuit onderzoeksvragen en model Ampt. (2009)

1. Attitude

1.1. eHealth interventie

1.1.1. Waargenomen succes (gelijkaardig interventie)

1.1.2. Geloof in effectiviteit interventie

1.1.2.1. *actieplan*

1.1.3. Ongeloof in effectiviteit interventie

1.1.3.1. *Follow up*

1.2. Zelfregulatie

1.2.1. Waargenomen succes zelfregulatie

1.2.2. Geloof in effectiviteit zelfregulatie

1.2.3. Ongeloof in effectiviteit zelfregulatie

2. Subjectieve norm

2.1. eHealth interventie

2.1.1. Verwachting patiënt

2.1.2. Rol van de huisarts

2.2. Zelfregulatie

2.2.1. Verwachting patiënt

2.2.2. Rol van de huisarts

3. Waargenomen gedragscontrole

3.1. eHealth interventie

3.1.1. Hinderende factoren

3.1.1.1. *Gebrek aan educatie HA*

3.1.1.1.1. *Begrip primaire preventie niet gekend*

3.1.1.2. *Gebrek aan vaardigheden HA*

3.1.1.3. *Gebrek aan gestandaardiseerde normen rond voeding en beweging*

3.1.1.4. *Te hoge kost*

3.1.1.5. *Tijdrovend*

3.1.1.6. *Te weinig personeel*

3.1.1.7. *Vergeetachtigheid HA*

3.1.1.8. *Weigerachtigheid patiënt*

3.1.1.9. *Andere prioriteiten patiënt*

3.1.1.10. *Culturele achtergrond patiënt*

3.1.1.11. *Opleidingsniveau van de patiënt*

3.1.1.12. *Digitaal: niet voor iedereen*

3.1.1.13. *Doormailen naar HA*

3.1.1.14. *Emailadres noodzakelijk*

3.1.1.15. *HA slecht rolmodel*

3.1.1.16. *Hoeveelheid tablets*

3.1.1.17. *Opladen van tablets*

- 3.1.1.18. *Regio*
- 3.1.1.19. *Stelen tablet*
- 3.1.1.20. *Tablet eerder als spel aanzien*
- 3.1.1.21. *Tablet niet gemakkelijk in gebruik*
- 3.1.1.22. *Werken op afspraak*
- 3.1.1.23. *Sociale wenselijkheid*

3.1.2. Faciliterende factoren

- 3.1.2.1. *Verhoogd risico patiënt*
- 3.1.2.2. *Gemotiveerde patiënt*
- 3.1.2.3. *Beschikbaarheid van middelen*
- 3.1.2.4. *Computer gestuurde interventie*
- 3.1.2.5. *Lage kost*
- 3.1.2.6. *Hoge capaciteit van de praktijk*
- 3.1.2.7. *Beveiliging van de tablet*
- 3.1.2.8. *Communicatie door de HA*
- 3.1.2.9. *Gebruiksvriendelijkheid van het programma op de tablet*
- 3.1.2.10. *Niet te uitgebreid programma/vragenlijst*
- 3.1.2.11. *Sociale steun*
- 3.1.2.12. *Aantrekkelijkheid tablet (spreekt mensen aan)*
- 3.1.2.13. *Zichtbaarheid van de tablet in de wachtzaal*
- 3.1.2.14. *Confrontatie met eigen gedrag (voor patiënt)*

3.2. Zelfregulatie

3.2.1. Hinderende factoren

- 3.2.1.1.

3.2.2. Faciliterende factoren

- 3.2.2.1. *Consulteerbaarheid van de norm*
- 3.2.2.2. *Eigen keuze al dan niet gebruik tablet*

4. Doelgroep eHealth interventie

- 4.1. Iedereen (= primaire preventie)
- 4.2. Patiënten met een gerelateerde klacht
- 4.3. *Jongeren*
- 4.4. *Niet aan iedereen*

5. Extra Ideeën voor de toepassing in de HA praktijk

- 5.1. *Aparte consultatie*
- 5.2. *Voorstel pilootevaluatie*
- 5.3. *Beloning*
- 5.4. *Beste periode voor interventie*
- 5.5. *BMI opnemen*
- 5.6. *Combinatie van methodes*
- 5.7. *Doel bespreken met HA*
- 5.8. *Doorgeven van de tablet in de wachtzaal*
- 5.9. *Integratie in medisch dossier*
- 5.10. *Link met GMD+ maken*

- 5.11. Link van de website/app kan op de persoonlijke website van de arts worden geplaatst
- 5.12. Met papier werken ipv computer/tablet
- 5.13. Eerst risicofactoren opsporen
- 5.14. Samenwerken met LOGO VIGEZ DOMUS MEDICA
- 5.15. Stimuleren van follow up
- 5.16. Tablet geven na de consultatie
- 5.17. Wisselende modules en thema's
- 5.18. Zelfvertrouwen stimuleren
- 5.19. Uitprinten van feedback bij de HA
 - 5.19.1. Niet uitprinten
 - 5.19.2. Thuis laten uitprinten i.p.v. bij HA