

Rapport 29: Haalbaarheidsstudie: eHealth interventie voor primaire preventie 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 primaire 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 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 primaire preventie en tegenover de nieuwe interventie. Bij de start van het project werd nagegaan welke wetenschappelijke onderbouwde middelen er beschikbaar zijn voor huisartsen. Van één van de bestaande methodes 'Voeding Uitgedokterd' werd een procesevaluatie uitgevoerd aan de hand van een online vragenlijst. Aan de hand van deze vragenlijst ging men de bruikbaarheid van de voorgestelde methode na en werd de mening van huisartsen tegenover het gebruik van eHealth middelen bevestigd (= haalbaarheidsstudie 1). Uit deze eerste studie blijkt dat huisartsen vaak niet aan primaire preventie doen en dat de bestaande methode om aan preventie te doen vooral gebruikt wordt wanneer er al een klacht aanwezig is (= secundaire preventie). Daarom werden in de tweede haalbaarheidsstudie de mening en de barrières tegenover primaire preventie bevestigd. In de nieuwe interventie werd ook een exclusiesysteem ingebouwd zodanig dat participanten die lijden aan een chronische aandoening, geëxcludeerd worden uit de studie. Uit de procesevaluatie van 'Voeding uitgedokterd' bleek ook dat huisartsen weinig gebruik maken van de website met informatie rond voeding en beweging voor de huisarts. Daarom werd in de nieuwe interventie een op maat advies voor patiënten zelf voorzien op de website. Op die manier hoeft de huisarts niet meer op zoek te gaan naar welke informatie relevant kan zijn voor zijn of haar patiënt en kunnen lange face to face interviews vermeden worden. Huisartsen geven in deze studie aan dat de methode volgens hen niet leidt tot een effectieve gedragsverandering. In de nieuwe interventie zullen patiënten dan ook meer begeleid en opgevolgd worden bij hun gedragsverandering aan de hand van online follow-up modules. Uit de procesevaluatie blijkt ook dat wanneer infokaarten enkel ter beschikking gesteld worden in de wachtzaal zonder persoonlijk contact, dat deze dan weinig

gebruikt worden. Persoonlijk contact van de huisarts zal dus ook noodzakelijk zijn bij de eHealth interventie. Uit deze studie blijkt dat de nieuwe interventie in combinatie met de bestaande middelen zoals 'Voeding Uitgedokterd', het GMD+ en de gezondheidsgids voor huisartsen kan gebruikt worden. Aangezien uit deze studie ook blijkt dat de voorkeur van huisartsen nog steeds uitgaat naar folders zal een combinatie van digitale middelen en folders aangewezen zijn.

In de tweede haalbaarheidsstudie werd een vragenlijst door middel van een interview afgenomen. In deze studie werd ook de mening tegenover primaire preventie en tegenover het eerste interventievoorstel (gemaakt op basis van de eerste haalbaarheidsstudie) nagegaan (= haalbaarheidsstudie 2). Uit de resultaten van de 2^{de} studie blijkt dat het belangrijk zal zijn om duidelijk te maken dat de interventie gericht is op primaire preventie en om aan te geven hoe men de interventie kan inzetten voor primaire preventie. De interventie zal ook 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 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 tweede 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 tweede haalbaarheidsstudie beschikte over een computer in de wachtkamer. 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 bevraagd tijdens de focusgroepen (= haalbaarheidsstudie 3).

Op basis van de tweede 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 (haalbaarheidsstudie 3). 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 drie 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.