

De gezondheidsgeletterdheid en
therapietrouw van patiënten met een
coronaire hartziekte verbeteren door
gezondheidscoaching door
verpleegkundigen: een pretest-
postteststudie

Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > Murielle LONA, Güngör KARAKAYA, Wies KESTENS, Agnès LECLERCO, Ludo
VANDENTHOREN, Eva VON RAUCH, Luk BRUYNEEL

Deze studie werd mede mogelijk gemaakt dankzij de financiële steun van MSD.

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, augustus 2023

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De gezondheidsgelletterdheid en therapietrouw van patiënten met een coronaire hartziekte verbeteren door gezondheidscoaching door verpleegkundigen: een pretest- postteststudie

Inhoudstafel

| | | |
|----|--|----|
| 01 | Inleiding..... | 4 |
| 02 | Methodes..... | 6 |
| | Studieopzet..... | 6 |
| | Deelnemers..... | 6 |
| | Interventie..... | 6 |
| | Stuudiemetingen..... | 8 |
| | Gegevensanalyse..... | 10 |
| | Veranderingen in de geplande analyse | 10 |
| 03 | Resultaten | 11 |
| | Studiepopulatie..... | 11 |
| | Studie-uitval..... | 11 |
| | Basiskennmerken van de steekproef | 11 |
| | Uitgevoerde interventiecomponenten..... | 12 |
| | Effect van interventie op gezondheidsgelletterdheid patiënten..... | 13 |
| | Evaluatie van het proces..... | 19 |
| 04 | Bespreking en conclusie..... | 22 |
| | Samenvatting van de bevindingen..... | 22 |
| | Beperkingen van de studie..... | 23 |
| 05 | Referenties | 24 |



01 Inleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn de meest voorkomende doodsoorzaak in België, verantwoordelijk voor 28.644 overlijdens of 25,9 % van alle doodsoorzaken in 2018 (Statbel, 2021). De HVZ-ziektebelasting wordt veroorzaakt door acht belangrijke risicofactoren voor HVZ, die in twee groepen kunnen worden ingedeeld: gedragsrisicofactoren (dieet, weinig lichaamsbeweging, roken, alcoholgebruik), en medische risicofactoren (hypertensie, hoog totaal cholesterolgehalte, (pre)diabetes en obesitas). Daarnaast verhoogt chronische psychologische stress ook het risico op HVZ (Lagrauw et al., 2015).

Bij patiënten is vaak sprake van verschillende risicofactoren, dus worden zij behandeld met verschillende geneesmiddelen om hypertensie, cholesterol en/of atherosclerose te behandelen. Bovendien moeten patiënten hun levensstijl op sommige vlakken aanpassen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen. Een succesvol ziektebeheer impliceert daarom een hoge betrokkenheid van de patiënt.

Slechte therapietrouw is een wereldwijd probleem. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie bedraagt de therapietrouw bij patiënten in ontwikkelde landen die aan chronische ziekten lijden slechts 50 %. In ontwikkelingslanden ligt dat percentage zelfs nog lager (Capgemini, 2011). Dit is een significant probleem voor gezondheidswerkers en HVZ-patiënten. Als een patiënt de medicatie tegen hart- en vaatziekte niet volgens voorschrift inneemt, kan er geen potentiële therapeutische winst worden verwacht. Barrières voor medicatietrouw houden vaak verband met een slechte gezondheidsgeletterdheid, gedefinieerd als de mate waarin mensen basisinformatie over gezondheid en diensten kunnen verkrijgen, verwerken en begrijpen die nodig is om de juiste beslissingen over gezondheid te nemen (Capgemini, 2011; Peterson et al., 2011; Safeer et al., 2006). Andere factoren die de therapietrouw beïnvloeden zijn overtuigingen over medicatie, motivatie en de kwaliteit van de patiënt-artsrelatie (bv. gependeerde tijd, communicatiestijl, follow-ups en monitoring) (Capgemini, 2011; Peterson et al., 2011; Porteous et al., 2010; Safeer et al., 2006).

De bevindingen van een meta-analyse van 220 gepubliceerde artikelen bevestigen dat er een positieve correlatie bestaat tussen gezondheidsvaardigheden en medicamenteuze en niet-medicamenteuze therapietrouw (bv. dieet, lichaamsbeweging, gedrag). Dit verband is meer uitgesproken bij patiënten met hart- en vaatziekten. De studiebevindingen wijzen er ook op dat interventies gericht op gezondheidsgeletterdheid zowel de resultaten op het gebied van gezondheidsgeletterdheid als op het gebied van therapietrouw verbeteren (Miller, 2016).

In België wordt gezondheidsgeletterdheid regelmatig beoordeeld als onderdeel van de gezondheidsenquête (Health Interview Survey, HIS) via de HLS-EU-Q6-vragenlijst. Resultaten uit de enquête van 2018 toonden aan dat een derde (33,4 %) van de bevolking boven 15 jaar over een slechte (beperkt of onvoldoende) gezondheidsgeletterdheid beschikt. Bovendien neemt slechte gezondheidsgeletterdheid toe met de leeftijd, een lager opleidingsniveau en bij mensen die aan een chronische ziekte lijden (Sciensano, 2019).

Een recente studie uit Nederland beoordeelde het verband tussen gezondheidsgeletterdheid en het risico op HVZ, en de differentiële effecten naar gezondheidsgeletterdheidsniveau van een door verpleegkundigen gecoördineerd secundaire-preventieprogramma bij patiënten met coronaire hartziekten (van Schaik et al., 2017). De studie bevatte gegevens die werden verzameld in twee medische centra die deelnamen aan de RESPONSE-studie (Randomised

Evaluation of Secondary Prevention by Outpatient Nurse Specialists). 18 % van de 201 patiënten had moeite om de informatie te lezen, 52 % had moeite om de schriftelijke informatie te begrijpen en toe te passen, en 5 % had zelf aangegeven een lage gezondheidsgeletterdheid te hebben. Patiënten met lage gezondheidsgeletterdheidsscores liepen een hoger risico op HVZ. Door verpleegkundigen gecoördineerde zorg verlaagde het risico op HVZ bij patiënten van alle gezondheidsgeletterdheidsniveaus.

Het doel van deze studie is tweevoudig. Het eerste doel is om de klinische doeltreffendheid te evalueren van een coachingprogramma van 6 maanden op de gezondheidsgeletterdheid van patiënten (primair resultaat) en op medicatieovertuigingen, de motivatie om de levensstijl aan te passen en therapietrouw (secundaire resultaten). Het tweede doel was om het proces van het coachingprogramma van 6 maanden te evalueren, zoals ervaren door de patiënten en zorgverleners.

02 Methodes

Studieopzet

Er werd een pretest-postteststudie uitgevoerd. De verzameling van basisgegevens bij individuele patiënten vond plaats van augustus 2019 tot maart 2020. De verzameling van post-interventiegegevens vond plaats van februari 2020 tot december 2020.

Deelnemers

De patiënten werden geselecteerd op basis van de gelijktijdige behandeling met een lipidenverlagend middel, een antihypertensivum (of een combinatie van meerdere daarvan) en nitraten of molsidomine, zoals gedocumenteerd in de ziekteverzekeringsdatabase van 2017 van de Landsbond. In een eerste uitnodigingsronde werden patiënten tussen 40 en 75 jaar, met een medication possession ratio (MPR) van minder dan 80 % voor ten minste 2 van de 3 geneesmiddelen, uitgenodigd om deel te nemen.

Voor elke behandeling wordt de MPR berekend als volgt:

$$\text{Medication possession ratio} = \left(\frac{\text{Sum of days supply for all fills in period}}{\text{Number of days in period}} \right) \times 100\%$$

Alle patiënten moesten hun geïnformeerde toestemming geven alvorens deel te nemen aan de studie.

Interventie

De interventie omvatte een coachingprogramma met vijf modules die focusten op hypertensie, atherosclerose, therapietrouw, (pre)diabetes en veranderingen in levensstijl (Figuur 1). Alle vijf de modules werden aangeboden via telefonisch contact, met een tussentijd van ongeveer 1 maand. Het coachingprogramma werd aangeboden door twee verpleegkundigen.

De eerste module focuste op therapietrouw. Het doel was om via gesprekken de barrières te identificeren die de patiënten belemmerden om zich aan hun therapie te houden: angst voor ongunstige effecten, complexiteit van het medicatieschema, overtuigingen, vergeetachtigheid, ... De geïdentificeerde barrières werden vervolgens besproken en er werd informatie verstrekt over de meest voorkomende ongunstige effecten, over hoe om te gaan met complexe medicatieschema's, alsook tips om niet te vergeten om de medicatie in te nemen. Alle patiënten kregen dezelfde informatie.

De tweede module betrof hypertensie. Coachingonderwerpen waren de definities van hypertensie, hoge en normale bloeddrukwaarden, hoe bloeddruk gemeten wordt, en hoe de patiënt zijn bloeddruk zelf kan meten en controleren, en wat het effect is van hypertensie op het cardiovasculair systeem. Om de voorkennis en het begrip van hypertensie te beoordelen, werden onderstaande vragen gesteld aan de patiënten:

- Wat is hypertensie?
- Wanneer is uw bloeddruk te hoog?

- Heeft uw behandelend arts een streefwaarde voor uw bloeddruk vastgesteld? Wat is deze waarde?
- Wat kan u doen om uw bloeddruk te verlagen?
- Wat is het effect van een hoge bloeddruk op het cardiovasculair systeem?

Op basis van het vermogen van de patiënten om deze vragen te beantwoorden werd Module 2A of 2B geselecteerd. Module 2B vertegenwoordigt een hogere voorkennis en begrip van hypertensie. In Module 2A wordt om te beginnen meer informatie gegeven over de bovenstaande vragen.

De derde module ging over atherosclerose. De coach besprak het volgende met de patiënten: de definitie van atherosclerose, wat atherosclerose veroorzaakt, wat cholesterol is (LDL (low-density lipoprotein of slechte cholesterol) vs. HDL (high-density lipoprotein of goede cholesterol) vs. triglyceriden), wat het effect is van atherosclerose op het cardiovasculair systeem en wat de patiënten kunnen doen om cholesterolniveaus te controleren. Om de voorkennis en het begrip van atherosclerose te beoordelen, werden onderstaande vragen gesteld aan de patiënten:

- Wat is atherosclerose?
- Wat zijn de oorzaken van atherosclerose?
- Zijn alle vormen van cholesterol slecht voor het cardiovasculair systeem?
- Wat zijn de langetermijneffecten van atherosclerose?

Op basis van het vermogen van de patiënten om deze vragen te beantwoorden werd Module 3A of 3B geselecteerd, waarbij Module 3B een hogere voorkennis en begrip van atherosclerose vertegenwoordigt. In Module 3A wordt om te beginnen meer informatie gegeven over de bovenstaande vragen.

Module 4 betrof (pre)diabetes (gebaseerd op de diagnose van de patiënten). Hier bespraken de coach en de patiënten wat (pre)diabetes is, wat het verband met hart- en vaatziekten is en wat de patiënten kunnen doen om hun bloedsuiker te controleren. Module 4A of 4B werd geselecteerd op basis van de aanwezigheid of afwezigheid van diabetes. De inhoud van Module 4A is gericht op patiënten met diabetes, terwijl de inhoud van Module 4B gericht is op patiënten die in een prediabetesstadium zitten.

In module 5, tot slot, werden op basis van aanwezige risicofactoren veranderingen in levensstijl besproken, waarbij de nadruk lag op roken, stress, alcoholgebruik en lichaamsbeweging. Als er meer dan twee risicofactoren aanwezig waren en als er niet voldoende tijd was om alle risicofactoren te bespreken tijdens het programma, werden er twee modules geselecteerd om te bespreken tijdens het telefonisch contact, op basis van de voorkeur van de patiënt.

Ten eerste werd de aanwezigheid van risicofactoren geïdentificeerd als volgt:

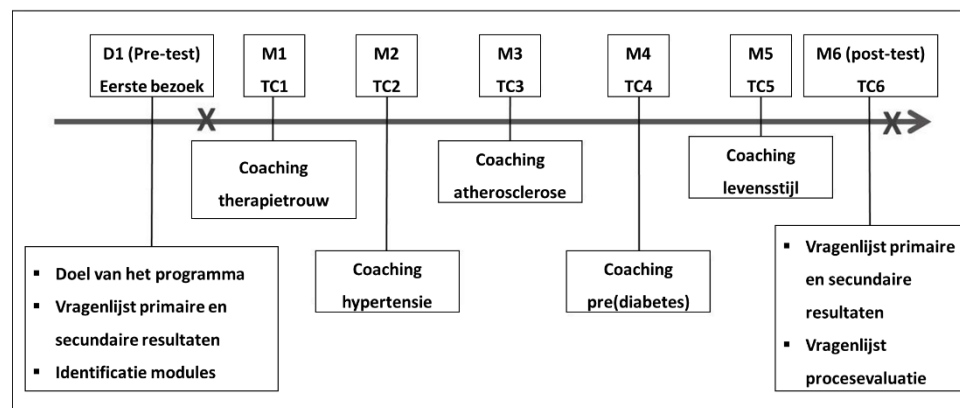
- Was de patiënt een roker, en zo ja, wilde de patiënt stoppen met roken? Module 5A
- Gaf de patiënt zijn stressniveau een score van meer of minder dan 5 op een schaal van 0 tot 10? Module 5B
- Gaf de patiënt aan dagelijks alcohol te consumeren? Module 5C
- Gaf de patiënt lichaamsbeweging van gemiddeld 30 minuten per dag aan, en zo niet, wilde de patiënt zijn dagelijkse lichaamsbeweging verhogen? Module 5D

Ten tweede werden, in overeenstemming met de patiënt, 2 à 3 modules geselecteerd om te behandelen tijdens het telefonisch contact.

De inhoud van de diverse Modules 5 was als volgt:

- Als de patiënt een roker was die aangaf te willen stoppen met roken, werd er informatie verstrekt over het verband tussen roken en hart- en vaatziekten, de voordelen van stoppen met roken, de uitdagingen die men tegenkomt bij het stoppen met roken en de beschikbare hulp. Voor patiënten die aarzelden om te stoppen met roken werd motiverende gespreksvoering toegepast.
- Als de patiënten zelf een stressniveau van >5 op een schaal van 0 tot 10 aangaven (zie metingen verderop), besprak de coach met de patiënt de verschillen tussen gezonde stress en chronische stress, de waarschuwingssignalen, de impact van chronische stress op het cardiovasculair systeem en hulp zoeken.
- Als patiënten ≥ 2 alcoholische consumpties per dag consumeerden, besprak de coach gematigd vs. excessief alcoholgebruik, en wat de maximaal aanbevolen dagelijkse consumpties zijn.
- Als de patiënt < 30 minuten lichaamsbeweging per dag aangaf en bereid was om meer te bewegen, werd er informatie verstrekt over wat wordt bedoeld met lichaamsbeweging, werd de frequentie en het type beweging besproken, alsook hoe patiënten lichaamsbeweging kunnen integreren in hun dagelijkse routine. Voor patiënten die aarzelden om meer te bewegen werd motiverende gespreksvoering toegepast.

Figuur 1. Interventietijdlijn



D: Dag, M: Maand, TC: Telefonisch contact, X: De behandelende artsen zullen op de hoogte gebracht worden van de deelname en het resultaat van hun patiënten die zich hadden ingeschreven voor het programma.

Studiemetingen

Het primaire resultaat was het gezondheidsgelletterdheidsniveau van de patiënt. Gezondheidsgelletterdheid werd gemeten bij aanvang en na de implementering van de interventie via de Heart Failure-Specific Health Literacy-schaal (Matsuoka et al., 2016). Deze schaal beoordeelt drie gezondheidsgelletterdheidsdomeinen: functioneel (4 items), communicatief (4 items) en kritisch (4 items). Functionele gezondheidsgelletterdheid wordt gedefinieerd als 'het vermogen om te lezen en te schrijven', communicatieve gezondheidsgelletterdheid wordt gedefinieerd als 'het vermogen om informatie te verzamelen en door te geven' en kritische gezondheidsgelletterdheid wordt gedefinieerd als 'het vermogen om informatie kritisch te bestuderen'. Voor elk item waren er 4 antwoordopties: 'niet van toepassing' (1), 'zelden van toepassing' (2), 'soms van toepassing' (3), 'sterk van toepassing' (4). Een hogere score geeft een hoger gezondheidsgelletterdheidsniveau aan, behalve voor de vier items in verband met functionele gezondheidsgelletterdheid, waar een lagere score een hoger gezondheidsgelletterdheidsniveau aangeeft.

Als onderdeel van gezondheidsgelletterdheid beoordeelden we ook de kennis over het risico op hartziekten, gebaseerd op de Heart Disease Fact Questionnaire (HFQ) met 14 items die de kennis van een patiënt over de belangrijkste risicofactoren voor de ontwikkeling van coronaire hartziekten beoordeelt (Wagner et al., 2005). Elk item heeft twee antwoordcategorieën: 'Juist' of 'Fout', die een score van 0 (item verkeerd beantwoord) of 1 (item juist beantwoord) krijgen, waarbij een score van 1 een hogere kennis van de risico's voor hartziekten aangeeft.

Secundaire resultaten waren medicatieovertuigingen, de motivatie voor veranderingen in levensstijl en therapietrouw. Medicatieovertuigingen en de motivatie voor veranderingen in levensstijl werden gemeten bij aanvang en na de implementering van de interventie via visuele analoge scores (op een schaal van 0 tot 10). Therapietrouw werd ingeschat via de MPR, zowel vóór als na de implementering van de interventie.

Daarnaast werden verschillende studiemetingen enkel bij aanvang verzameld. Sociodemografische gegevens omvatten geslacht, leeftijd, opleiding, werk en woonsituatie. Om de deelname aan en de inhoud van de interventiemodules te bepalen, werden diabetes, het roken (en de bereidheid om te stoppen), het stressniveau, het dagelijks alcoholgebruik en de lichaamsbeweging (en de bereidheid om meer te bewegen) van de patiënt gemeten. Daarna werd de patiënt-artsrelatie beoordeeld op een visuele analoge schaal (van 0 tot 10) door de patiënt te vragen of hij vindt dat zijn arts volledige en begrijpelijke informatie heeft verstrekt over zijn ziekte, voorgeschreven medicatie en noodzakelijke veranderingen in levensstijl.

Tot slot werd het proces van de interventie kwantitatief beoordeeld bij de patiënten en kwalitatief bij de verpleegkundigen die de interventie uitvoerden. Aan de patiënten werden de volgende vragen gesteld, met antwoordcategorieën 'ja' of 'nee':

- Denkt u dat de informatie die u hebt ontvangen in het programma u helpt om uw ziekte beter te begrijpen?
- Denkt u dat de informatie die u hebt ontvangen in het programma u helpt om uw medicatie beter te begrijpen?
- Denkt u dat de informatie die u hebt ontvangen in het programma u helpt om uw risicofactoren beter te begrijpen?
- Hebt u het gevoel dat u nog steeds informatie/kennis mist om uw ziekte, medicatie of risicofactoren te begrijpen?
- Denkt u dat de informatie die u hebt ontvangen in het programma u kan helpen tijdens de consulten met uw arts?
- Zou u openstaan voor dit programma als dit programma digitaal zou worden aangeboden, bijvoorbeeld via een mobiele app of webtoepassing in plaats van telefonisch contact met de coach?
- Zou u bereid zijn dit programma te volgen tegen betaling?
- Zou u dit programma aanraden aan vrienden of familie?
- Aan de patiënten werd ook gevraagd of ze de lengte van het programma 'geschikt', 'te kort' of 'te lang' vonden.

Er werd ook feedback gegeven door de coaches, na afronding van het programma, tijdens een besprekingsessie. Tijdens deze sessie werden de resultaten van de vragenlijst voor patiëntenfeedback gedeeld met de coaches en verder besproken om bijkomende inzichten van de coaches te verkrijgen.

Gegevensanalyse

De analyse werd uitgevoerd voor deelnemers die zowel de basis- als de post-interventiemeting voltooiden.

De basiskennmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, werk en woonsituatie) werden descriptief geanalyseerd, bestaande uit tellingen en percentages voor categorische variabelen. Leeftijd werd beoordeeld per leeftijdscategorie (<50, ≥ 50 en <60, ≥60 en <70, ≥70).

De selectie van verschillende interventiemodules werd descriptief geanalyseerd.

De item- en schaalscores bij aanvang en na de interventie voor de items van de Heart Failure-Specific Health Literacy scale, de Heart Disease Fact Questionnaire, de medicatieovertuiging en de motivatie voor veranderingen in levensstijl werden descriptief geanalyseerd met een gemiddelde, een standaarddeviatie (SD), een mediaan en minimum- en maximumwaarden. We hebben therapietrouw uitgedrukt op drie manieren: het percentage patiënten met een MPR van 100 %, het percentage patiënten met een MPR van ≥80 % en hoe de MPR van patiënten evolueerde (stijging, geen verschil, daling), bij aanvang en na de implementering van de interventie.

Het effect van de interventie op de gezondheidsgeletterdheid, de medicatieovertuiging en de motivatie voor de veranderingen in levensstijl van de patiënt werd beoordeeld via de Wilcoxon Signed-Rank-test, die test op verschuivingen in de mediane waarden tussen twee groepen (gepaarde gegevens). Deze niet-parametrische test kreeg de voorkeur op de gepaarde t-toets van Student omdat de gegevens niet-normaal verdeeld waren. De p-waarde van de normaliteitstest van Shapiro-Wilk bedroeg <0,05 voor elk primair en secundair resultaat, waarmee de veronderstelling van normaliteit werd verworpen.

Veranderingen in de geplande analyse

Oorspronkelijk was het de bedoeling om patiënten uit te nodigen in twee inschrijvingsrondes. Er was een tweede uitnodigingsronde gepland voor patiënten met een MPR van <80 % voor ten minste 1 geneesmiddel om de studiepopulatie te vervolledigen. Op het moment van de tweede inschrijvingsronde werd er evenwel een nationale lockdown uitgeroepen vanwege de COVID-19-pandemie. Omdat deze studiepopulatie een populatie is met een hoog risico op ernstige complicaties na een COVID-19-besmetting en het eerste contact met patiënten een persoonlijk bezoek is, werd besloten om niet door te gaan met de tweede ronde. Als gevolg daarvan kon de geplande studiepopulatie van 110 ingeschreven patiënten niet worden bereikt.

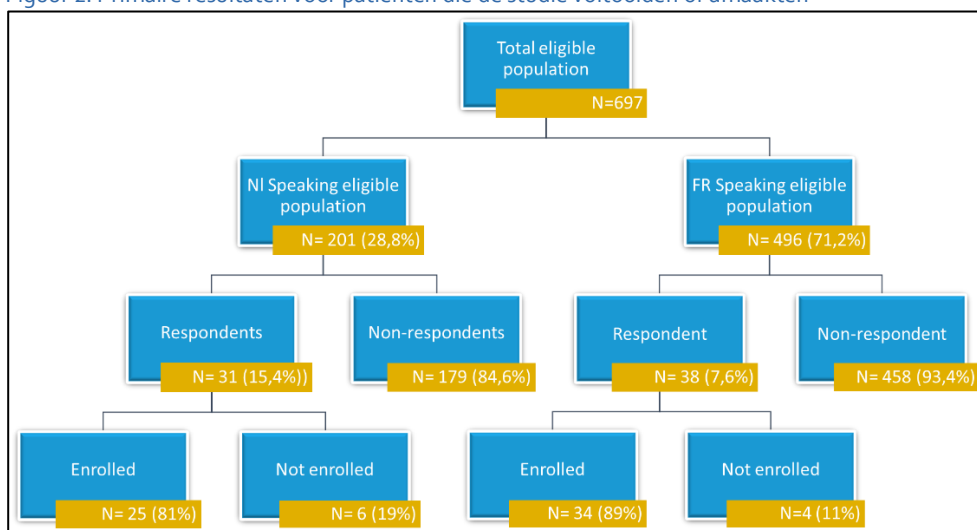
03 Resultaten

Studiepopulatie

697 patiënten waren niet trouw aan de therapie voor minstens 2 geneesmiddelen en werden uitgenodigd om deel te nemen. Daarvan antwoordden 69 patiënten op de uitnodiging (9,9 %) en daarvan werden 59 patiënten (85,5 %) ingeschreven in de studie. Redenen om niet met het programma te starten waren overlijden (n=1), overlijden in de familie (n=1), geen antwoord (n=1), niet beschikbaar (n=2), geen contactinformatie (n=2) of bezoek gepland maar geannuleerd vanwege lockdown (n=3).

De meerderheid van de in aanmerking komende populatie bestond uit Franstalige patiënten (71,2 %), tegenover Nederlandstalige patiënten (28,8 %). Desondanks was het aantal Franstalige en Nederlandstalige patiënten in de studiepopulatie redelijk in evenwicht (57,6 % vs. 42,4 %, respectievelijk) vanwege het hogere responspercentage voor Nederlandstalige patiënten ten opzichte van Franstalige patiënten (15,4 % vs. 7,6 %) (Figuur 2).

Figuur 2. Primaire resultaten voor patiënten die de studie voltooiden of afhaakten



Studie-uitval

Van de 59 patiënten hebben er 47 de studie voltooid. Van de 12 patiënten die opgaven, gaven 10 op omwille van de opvolging en 2 omdat ze aangaven geen verdere coaching nodig te hebben.

Basiskenmerken van de steekproef

De basiskenmerken worden gepresenteerd in Tabel 1. De meerderheid van de patiënten in deze studie was mannelijk (74,5 %) en tussen 60 en 70 jaar oud (61,7 %). De meerderheid van de patiënten had een hogeschool- of middelbareschooldiploma (38,3 % en 42,6 %, respectievelijk) en was gepensioneerd (59,6 %). Van de werkende populatie werkte de meerderheid van de patiënten voltijds (13 van de 19). Ongeveer twee derde van de studiepopulatie woonde samen met een partner of kinderen (70,2 %).

Tabel 1. Kenmerken deelnemers

| Kenmerk | Waarde |
|---------------------------------------|-------------|
| Geslacht, % (n) | |
| Man | 74,5 % (35) |
| Vrouw | 25,5 % (12) |
| Leeftijd, % (n) | |
| <50 | 2,1 % (1) |
| ≥50 en <60 | 23,4 % (11) |
| ≥60 en <70 | 61,7 % (29) |
| ≥70 | 12,8 % (6) |
| Opleiding, % (n) | |
| Basisschool | 8,5 % (4) |
| Middelbare school | 42,6 % (20) |
| Hogeschool | 38,3 % (18) |
| Universiteit | 10,6 % (5) |
| Werk, % (n) | |
| Voltijds werk | 27,7 % (13) |
| Deeltijds werk | 6,4 % (3) |
| Gepensioneerd | 59,6 % (28) |
| Werkloos | 6,4 % (3) |
| Woonsituatie, % (n) | |
| Alleenstaand | 29,8 % (14) |
| Samenwonend (met partner of kinderen) | 70,2 % (33) |

Aan het begin van het programma werd de patiënten ook gevraagd om de relatie met hun behandelend arts te beoordelen op een schaal van 1 tot 10. Een hogere score duidde op een betere relatie met hun behandelend arts. De gemiddelde score was 8,81 (SD: 1,38), waarbij ongeveer de helft van de patiënten de relatie een score van 10 (n=21) of 9 (n=6) gaf. 16 patiënten gaven hun relatie een 8, 1 patiënt gaf een 7 en 3 andere patiënten gaven een 5.

Uitgevoerde interventiecomponenten

Vóór de selectie van de levensstijlmodules werden de huidige risicofactoren beoordeeld (Tabel 2). 40,4 % van de patiënten werd gediagnosticeerd met diabetes en een minderheid van de patiënten waren rokers (14,9 %). De meerderheid (71,4 %) was bereid om te stoppen met roken. Ongeveer de helft van de patiënten gaf een bovengemiddeld stressniveau aan (51,2 %). Ongeveer een op de vijf patiënten gaf aan dat ze dagelijks twee of meer alcoholische consumpties consumeerden (21,3 %) en 42,6 % van de patiënten gaf aan dat hun dagelijkse lichaamsbeweging beperkt was tot minder dan 30 minuten. De meerderheid (95%) was bereid om dagelijks meer te bewegen.

Met uitzondering van Module 1, die identiek was voor alle patiënten, droeg de identificatie van risicofactoren bij tot de selectie van de interventiemodules. Voor de meerderheid van de patiënten werden Modules 2A en 3A geselecteerd (87,2 % en 80,8 %, respectievelijk), wat aangeeft dat de voorkennis en het begrip van hypertensie en atherosclerose beperkt was. Modules 2B en 3B werden dus aan respectievelijk 12,8 % en 19,1 % van de patiënten aangeboden. Module 4B werd geselecteerd op basis van de aanwezigheid of afwezigheid van diabetes (zie Tabel 2). Voor de levensstijl werden Modules 5B (stress) en 5D (lichaamsbeweging) het vaakst geselecteerd (55,3 % en 51,1 %, respectievelijk). Modules 5C en 5A werden geselecteerd door respectievelijk 34,0 % en 10,6 % van de patiënten. Vier patiënten kozen voor een motiverend gesprek over roken en drie patiënten kozen voor een motiverend gesprek over lichaamsbeweging.

Tabel 2. Identificatie van risicofactoren

| Kenmerk | Waarde |
|------------------------------------|-------------|
| Rookstatus, % (n) | |
| Niet-roker | 85,1 % (40) |
| Roker | 14,9 % (7) |
| Bereid om te stoppen | 71,4 % (5) |
| Niet bereid om te stoppen | 28,6 % (2) |
| Stressniveau, % (n) | |
| Score ≤ 5 | 49,0 % (23) |
| Score > 5 | 51,2 % (24) |
| Diabetes, % (n) | |
| Ja | 40,4 % (19) |
| Nee | 59,6 % (28) |
| Alcoholgebruik, % (n) | |
| ≥ 2 dagelijkse consumpties | 21,3 % (10) |
| < 2 dagelijkse consumpties | 78,7 % (37) |
| Dagelijkse lichaamsbeweging, % (n) | |
| ≥ 30 minuten | 57,4 % (27) |
| < 30 minuten | 42,6 % (20) |
| Bereid om meer te bewegen | 95 % (19) |
| Niet bereid om meer te bewegen | 5 % (1) |

Effect van interventie op gezondheidsgeletterdheid patiënten

Primaire resultaten

De resultaten bij aanvang en na de interventie voor de vragenlijsten over de kennis van de risico's voor hartziekten en gezondheidsgeletterdheid worden gepresenteerd in Figuur 3 en Tabel 3.

- Kennis van de risico's voor hartziekten

Bij aanvang scoorden de patiënten goed op de vragenlijst over de kennis van de risico's voor hartziekten, met een gemiddelde score van 12,49 (SD: 1,52) op 14, wat aangeeft dat de patiënten goed geïnformeerd waren over de risicofactoren in verband met hart- en vaatziekten. Bij het vergelijken van de scores bij aanvang en na de interventie werd geen statistisch significant verschil geobserveerd, met een gemiddelde score van 12,89 (SD: 1,40) op 14 na de interventie ($S=98,5$, $p=0,0529$). De resultaten voor de 14 items tonen aan dat er voor bijna alle items weinig ruimte voor verbetering is. Bij de items 'Hoe ouder iemand is, hoe groter het risico dat hij een hartziekte ontwikkelt', 'Mensen met diabetes hebben zelden een hoge cholesterol' en 'Iemand die stopt met roken zal zijn risico om een hartziekte te ontwikkelen, verlagen' zagen we de meeste foute antwoorden (34 %, 26 % en 23 %, respectievelijk), maar enkel het eerste item verbeterde statistisch significant na de interventie.

- Functionele gezondheidsgeletterdheid

Een hogere score duidt op een lagere functionele gezondheidsgeletterdheid en meer moeilijkheden om schriftelijke informatie te begrijpen. Bij aanvang hadden de patiënten een gemiddelde score van 8,89 (SD: 2,80) op 16, wat duidt op een gemiddelde functionele gezondheidsgeletterdheid. Wanneer we naar de individuele vragen keken, werd de laagste score, en dus de hoogste functionele gezondheidsgeletterdheid, behaald voor het vermogen

om ziekenhuis- en apotheekformulieren in te vullen met een gemiddelde score van 1,62 (SD: 1,01) op 4, bij aanvang, terwijl de hoogste score, en dus de laagste functionele gezondheidsgeletterdheid, werd behaald voor het begrijpen van de terminologie gebruikt in voorschriften en folders van ziekenhuizen en apotheken met een gemiddelde score van 2,70 (SD: 0,93) op 4, bij aanvang.

De vergelijking tussen de resultaten bij aanvang en na de interventie toonde geen statistisch significant verschil ($p=0,0833$) voor functionele gezondheidsgeletterdheid, met een gemiddelde score van 8,09 (SD: 2,11) na de interventie ($S=98,5$, $p=0,0529$). Bij het vergelijken van de resultaten voor individuele vragen bij aanvang en na de interventie, kon een statistisch significante verbetering geobserveerd worden voor het vermogen om de inhoud van folders van ziekenhuizen en apotheken te begrijpen ($S=-106$, $P=0,0208$).

- **Communicatieve gezondheidsgeletterdheid**

Een hogere score duidt op een hogere communicatieve gezondheidsgeletterdheid. Bij aanvang hebben de patiënten een hoge score voor communicatieve gezondheidsgeletterdheid, met een gemiddelde score van 11,23 (SD: 2,43) op 16. Wanneer we kijken naar de individuele vragen werd de hoogste score behaald voor het vermogen om hartfalen te bespreken met familie, vrienden en medische professionals met een gemiddelde score van 3,55 (SD: 0,88) op 4, bij aanvang. De laagste score werd behaald voor het vermogen om te bepalen of de ontvangen informatie van toepassing is op de patiënt, met een gemiddelde score van 1,70 (SD: 1,12) op 4, bij aanvang.

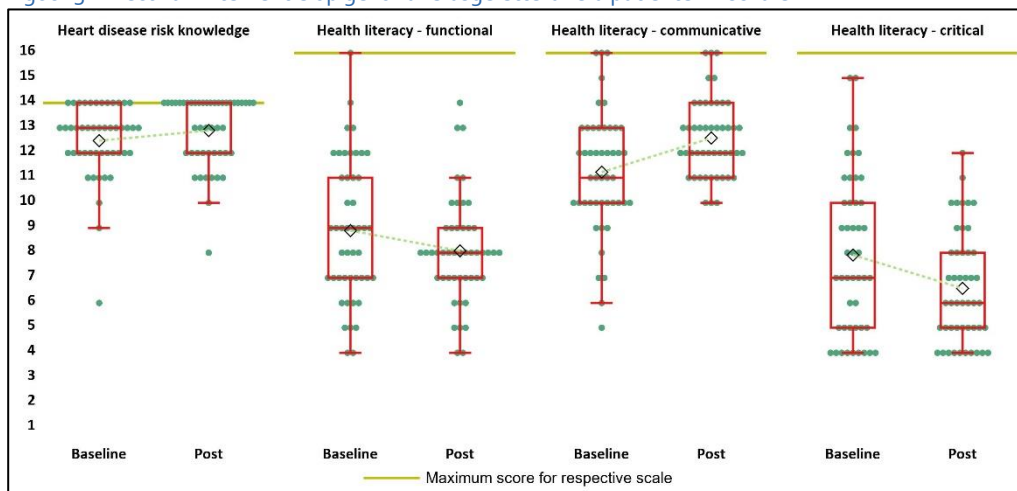
De vergelijking tussen de resultaten bij aanvang en na de interventie toonde een statistisch significante verbetering ($S=243,5$, $p=0,0005$), met een gemiddelde score van 12,60 (SD: 1,54) na de interventie. Bij het vergelijken van de resultaten voor individuele vragen bij aanvang en na de interventie kon een statistisch significante verbetering geobserveerd worden voor alle items, behalve het vermogen om te bepalen of de ontvangen informatie van toepassing is op de patiënt.

- **Kritische gezondheidsgeletterdheid**

Een hogere score duidt op een hogere kritische gezondheidsgeletterdheid. Bij aanvang hebben de patiënten een relatief lage score voor kritische gezondheidsgeletterdheid, met een gemiddelde score van 7,91 (SD: 3,18) op 16. Wanneer we kijken naar de individuele vragen werd de hoogste score behaald voor het vermogen om informatie te verzamelen via verschillende kanalen, met een gemiddelde score van 2,43 (SD: 2,55) op 4, bij aanvang. De laagste score werd behaald voor het vermogen om de geloofwaardigheid van ontvangen informatie in twijfel te trekken, met een gemiddelde score van 1,47 (SD: 0,83) op 4, bij aanvang.

De vergelijking tussen de resultaten bij aanvang en na de interventie toonde een statistisch significante verslechtering in kritische gezondheidsgeletterdheid ($p=0,0278$) met een gemiddelde score van 6,57 (SD: 2,22) na de interventie. Bij het vergelijken van de resultaten voor individuele vragen bij aanvang en na de interventie, kon een statistisch significante verslechtering geobserveerd worden voor het vermogen om informatie over ziekenhuizen en behandelingen op te zoeken om zelf beslissingen te nemen ($S=-91,5$, $P=0,0009$).

Figuur 3. Effect van interventie op gezondheidsgeletterdheid patiënten – schalen



Nota: elke stip vertegenwoordigt een patiënt

Tabel 3. Effect van interventie op gezondheidsgeletterdheid patiënten – schalen en items

| | Bij aanvang (n=47) | Na interventie (n=47) | Statistisch verschil |
|---|--------------------------|-----------------------------|---|
| Kennis van de risico's voor hartziekten, gemiddelde (SA) voor subschaal en % correcte antwoorden voor items | 12,49 (1,52) | 12,89 (1,40) | S=98,5 p=0,0529 ^a |
| Hartziekten kunnen zich geleidelijk aan ontwikkelen en jaren onopgemerkt blijven | 91,5 | 83,0 | X ² =2,7 p=0,1025 ^b |
| Hoe ouder iemand is, hoe groter het risico dat hij een hartziekte ontwikkelt | 66,0 | 93,6 | X ² =11,3 p=0,0008 ^b |
| Roken is een risicofactor voor hartziekten | 100 | 100 | -- -- |
| Iemand die stopt met roken zal zijn risico om een hartziekte te ontwikkelen, verlagen | 76,6 | 85,1 | X ² =2,0 p=0,1573 ^b |
| De bloeddruk onder controle houden zal het risico van een persoon om een hartziekte te ontwikkelen, verlagen | 91,5 | 89,4 | X ² =0,2 p=0,6547 ^b |
| Hoge cholesterol is een risicofactor voor de ontwikkeling van hartziekten | 97,9 | 95,7 | X ² =1,0 p=0,3173 ^b |
| Vet voedsel eten heeft geen invloed op de cholesterolgehalten in het bloed | 87,3 | 93,6 | X ² =1,3 p=0,2568 ^b |
| Er zijn twee soorten cholesterol: goede en slechte cholesterol | 97,9 | 100 | -- -- |
| Overgewicht verhoogt het risico van een persoon op een hartziekte | 95,7 | 97,9 | X ² =1,0 p=0,3173 ^b |
| Regelmatige lichaamsbeweging zal het risico op de ontwikkeling van een hartziekte verlagen | 95,7 | 97,9 | X ² =0,3 p=0,5637 ^b |
| Diabetes is een risicofactor voor de ontwikkeling van hartziekten | 93,6 | 93,6 | X ² =0 p=1 ^b |
| Iemand die diabetes heeft, kan het risico om een hartziekte te ontwikkelen verlagen als hij zijn bloedsuikerspiegel onder controle kan houden | 89,4 | 89,4 | X ² =0 p=1 ^b |
| Mensen met diabetes hebben zelden een hoge cholesterol | 74,5 | 78,7 | X ² =0,3 p=0,6171 ^b |
| Een persoon weet het altijd als hij een hartziekte heeft | 91,5 | 91,5 | X ² =0 p=1 ^b |
| Gezondheidsgeletterdheid - functioneel, gemiddelde (SA) voor subschaal en items | 8,89 (2,80) | 8,09 (2,11) | S=-105 p=0,0833 ^a |
| De voorschriften en folders van ziekenhuizen en apotheken zijn moeilijk te lezen | 2,23 (1,22) | 2,09 (1,06) | S=-40 p=0,3793 |
| In de voorschriften en folders van ziekenhuizen en apotheken staan termen die ik niet begrijp | 2,70 (0,93) | 2,79 (0,75) | S=16,5 p=0,5634 |
| De inhoud van de voorschriften en folders van ziekenhuizen en apotheken is moeilijk te begrijpen | 2,34 (1,13) | 1,89 (0,76) | S=-106 p=0,0208 |
| Het is moeilijk om in handboeken en documenten van ziekenhuizen en apotheken te schrijven | 1,62 (1,01) | 1,32 (0,63) | S=-44,5 p=0,0924 |
| Gezondheidsgeletterdheid - communicatief, gemiddelde (SA) voor subschaal en items | 11,23 (2,43) | 12,60 (1,54) | S=243,5 p=0,0005 ^a |
| Ik heb bevredigende gesprekken over hartfalen kunnen houden met naasten, inclusief medische professionals | 3,55 (0,88) | 3,87 (0,34) | S=46 p=0,0138 |

| | | | |
|--|----------------|----------------|---------------------------------|
| Ik kon de informatie over de behandeling en symptomen van hartfalen en dagelijkse voorzorgsmaatregelen begrijpen | 3,32 (0,86) | 3,68 (0,47) | S=76,5 p=0,0152 |
| Ik ken de symptomen van hartfalen en kan ze herkennen | 2,66 (1,13) | 3,32 (0,63) | S=153,5 p=0,0002 |
| Ik heb me afgevraagd of de informatie over hartfalen en de behandeling ervan op mij van toepassing is | 1,70 (1,12) | 1,72 0,90 | S=-3 p=0,9510 |
| Gezondheidsgeletterdheid - kritisch, gemiddelde (SA) voor subschaal en items | 7,91 (3,18) | 6,57 (2,22) | S=-161 p=0,0278 ^a |
| Ik heb kennis over hartfalen vergaard via televisie, radio en internet | 2,43 (1,33) | 2,55 (1,30) | S=-34 p=0,5263 |
| Ik had twijfels over de geloofwaardigheid van informatie over hartfalen en de behandeling ervan | 1,47 (0,83) | 1,32 (0,59) | S=-20,5 p=0,4091 |
| Ik heb gevraagd en gecontroleerd of de informatie over hartfalen en de behandeling ervan accuraat is | 2,00 (1,16) | 1,60 (0,92) | S=-73 p=0,0745 |
| Ik heb informatie over ziekenhuizen en behandelingen verzameld om zelf beslissingen te nemen | 2,02 (1,26) | 1,40 (0,61) | S=-91,5 p=0,0009 |

Nota: ^aWilcoxon Signed-Rank Test, ^bMcNemar test

Secundaire resultaten

De resultaten bij aanvang en na de interventie voor medicatieovertuiging en de motivatie voor veranderingen in levensstijl worden gepresenteerd in Figuur 4.

- **Medicatieovertuiging**

De patiënten werd bij aanvang en nog eens na de interventie gevraagd in hoeverre ze geloofden dat de medicatie die hen was voorgeschreven door hun behandelend arts het risico op hart- en vaatziekten verlaagde, en om dit een score te geven op een schaal van 0 tot 10. Hogere scores duiden op een hogere medicatieovertuiging.

Bij aanvang was de medicatieovertuiging van de patiënten zeer hoog, met een gemiddelde score van 8,27 (SD: 1,68) op 10. De helft van de patiënten gaf een score van 9 of 10 voor hun medicatieovertuiging.

Bij de vergelijking tussen de resultaten bij aanvang en na de interventie kon geen statistisch significant verschil ($S=35$, $p=0,5111$) geobserveerd worden, met een gemiddelde score van 8,51 (SD: 1,61) na de interventie.

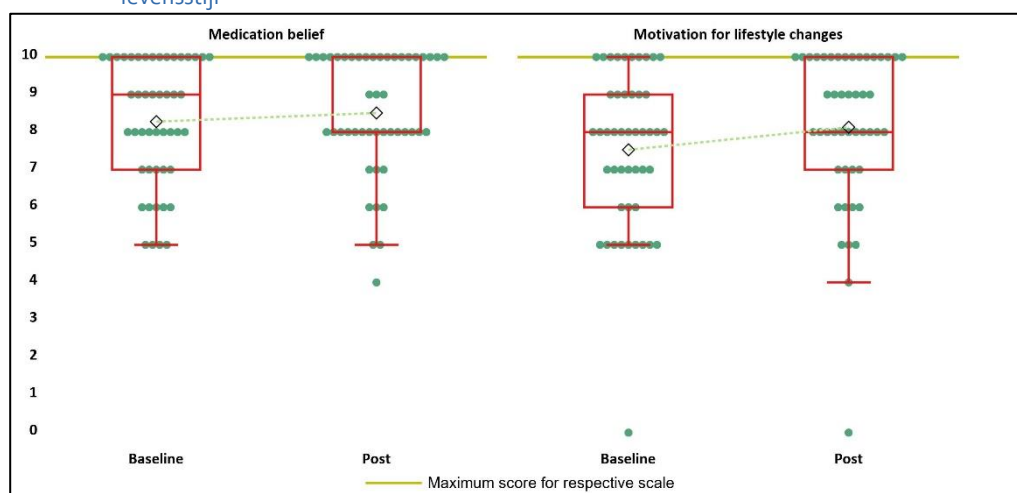
- **Motivatie voor veranderingen in levensstijl**

De patiënten werd bij aanvang en nog eens na de interventie gevraagd in hoeverre ze gemotiveerd waren om hun levensstijl te veranderen om het risico op hart- en vaatziekten te verlagen en om dit een score te geven op een schaal van 0 tot 10. Hogere scores duiden op een hogere motivatie om de levensstijl te veranderen.

Bij aanvang was de motivatie van de patiënten om hun levensstijl te veranderen hoog, met een gemiddelde score van 7,53 (SD: 2,08). De helft van de patiënten gaf een score van 8, 9 of 10 voor hun motivatie.

Bij de vergelijking tussen de resultaten bij aanvang en na de interventie kon geen statistisch significante verbetering ($S=73,5$, $p=0,0581$) van de motivatie geobserveerd worden, met een gemiddelde score van 8,12 (SD: 2,07) na de interventie.

Figuur 4. Effect van de interventie op medicatieovertuiging en motivatie voor veranderingen in levensstijl



- Therapietrouw

Van de 42 patiënten die lipidenverlagende geneesmiddelen gebruikten toen de interventie werd opgestart, gebruikten 8 patiënten deze geneesmiddelen niet meer tegen het einde van het programma. Van de 43 patiënten die antihypertensiva gebruikten toen de interventie werd opgestart, gebruikten 3 patiënten deze geneesmiddelen niet meer tegen het einde van het programma (inclusief 1 patiënt die ook geen lipidenverlagende geneesmiddelen meer gebruikte tegen het einde van het programma). Tot slot, van de 16 patiënten die nitraten of molsidomine gebruikten toen de interventie werd opgestart, gebruikten 6 patiënten deze geneesmiddelen niet meer tegen het einde van het programma (inclusief 1 patiënt die ook geen lipidenverlagende geneesmiddelen meer gebruikte tegen het einde van het programma). In wat volgt, heeft de vergelijking van de MPR bij aanvang en na de interventie enkel betrekking op patiënten die lipidenverlagende middelen en/of antihypertensiva en/of nitraten of molsidomine gebruikten op beide meetmomenten.

Tabel 4 toont een verbetering in de therapietrouw van lipidenverlagende geneesmiddelen. Volledige trouw steeg van 38 % naar 56 %, en bij de trouwdrempel van 80 % zagen we een stijging van 68 % naar 76 %. Ongeveer een op de vier patiënten (24 %) was minder trouw na de interventie, terwijl bijna de helft (47 %) een verbetering liet optekenen.

Voor antihypertensiva daalde de therapietrouw na het programma. Volledige trouw daalde van 88 % naar 78 %, en bij de trouwdrempel van 80 % zagen we een daling van 93 % naar 85 %. Ongeveer een op de vijf patiënten (18 %) was minder trouw na de interventie, terwijl een op de tien (10 %) een verbetering liet optekenen.

Patiënten die nitraten of molsidomine gebruikten, bleven hun therapie perfect volgen zowel vóór als na de implementering van de interventie.

Tabel 4. Effect van de interventie op therapietrouw

| | MPR 100 % | | MPR ≥ 80 % | | MPR evolutie | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|----------------|
| | Aan- vang | Post | Aan- vang | Post | Stijging | Zelfde | Daling |
| Lipiden- verlagend middel (n=34) | 13/34 (38 %) | 19/34 (56 %) | 23/34 (68 %) | 26/34 (76 %) | 16/34 (47 %) | 10/34 (29 %) | 8/34 (24 %) |
| Antihyper- tensiva (n=40) | 35/40 (88 %) | 31/40 (78 %) | 37/40 (93 %) | 34/40 (85 %) | 4/40 (10 %) | 29/40 (73 %) | 7/40 (18 %) |
| Nitraten of molsidomine (n=10) | 10/10 (100 %) | 10/10 (100 %) | 10/10 (100 %) | 10/10 (100 %) | 0/10 (0 %) | 10/10 (100 %) | 0/10 (0 %) |

Evaluatie van het proces

Kwantitatieve feedback door patiënten

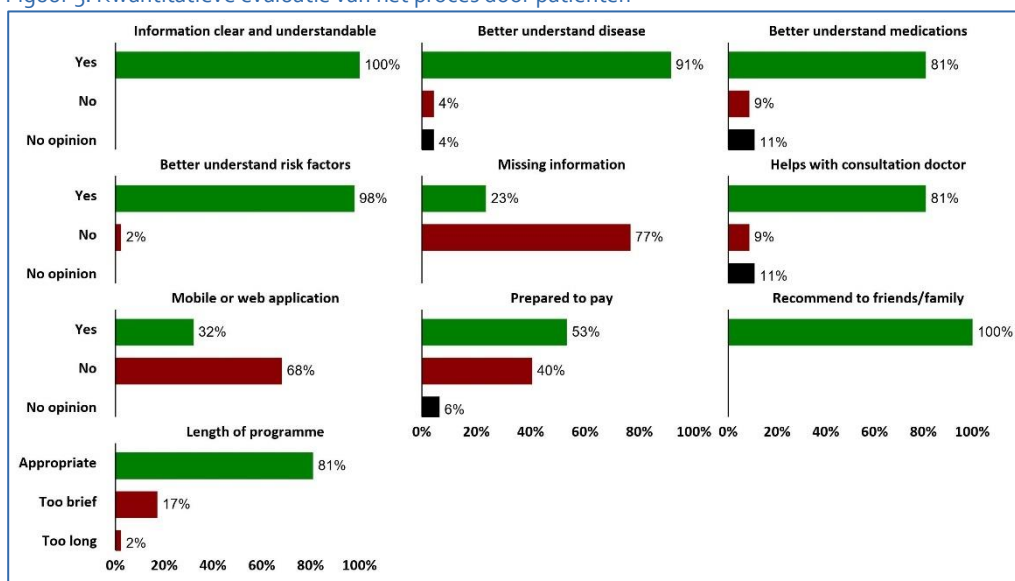
Aan het einde van het programma vulden alle patiënten een feedbackvragenlijst in (Figuur 5).

Alle patiënten gaven aan dat de informatie die ze hadden ontvangen tijdens het programma duidelijk en begrijpbaar was en dat ze bereid zouden zijn om het programma aan te raden aan vrienden en familie. De meerderheid van de patiënten gaf aan dat de informatie die zij ontvingen volledig was (77 %) en dat hun begrip van hun a) ziekte (91 %), b) medicatie (81 %) en c) risicofactoren (98 %) was toegenomen tijdens het programma. Ze gaven aan dat de informatie die ze hadden ontvangen tijdens het programma de consult met hun behandelend arts ook vergemakkelijkte.

De meerderheid van de patiënten zou niet bereid zijn om dit programma te volgen via een mobiele toepassing (68 %) maar ongeveer de helft van de patiënten (53 %) zou bereid zijn om te betalen voor het programma, gaande van 5 tot 10 euro per sessie of 25 tot 100 euro.

Tot slot vond de meerderheid van de patiënten de lengte van het programma goed (81 %). De meeste patiënten die 'Nee' antwoordden op deze vraag, wilden liever dat het programma langer duurde, om het specifieke advies voor veranderingen in levensstijl te kunnen integreren, aangezien het tijd vergt om dit te implementeren en actief opgevolgd worden de patiënten motiveert.

Figuur 5. Kwantitatieve evaluatie van het proces door patiënten



Kwalitatieve feedback van coaches

Aan het einde van het programma werd de feedback van de patiënten gepresenteerd aan de coaches om bijkomende feedback over het programma te krijgen vanuit hun standpunt.

- **Selectie van patiënten**

Volgens de coaches waren de patiënten over het algemeen zeer gemotiveerd om deel te nemen. Sommige patiënten begrepen echter niet echt waarom ze geselecteerd waren. Voor sommige patiënten lijkt het of hun MPR niet hun werkelijke therapietrouw weerspiegelde, en dit is mogelijk niet de beste parameter om patiënten te selecteren. Het is belangrijk om op te merken dat de MPR inderdaad slechts een indicator is van de therapietrouw. Ook kan een discrepantie tussen de berekende MPR's en de werkelijke therapietrouw aan het begin van het programma een gevolg zijn van een vertraging waarmee de administratieve gegevens beschikbaar zijn.

Daarnaast waren de patiënten die instemden om deel te nemen diegenen die het meest geïnteresseerd waren en die een goede voorkennis hadden. Zij zijn dus niet de patiënten die het meeste baat hebben bij een dergelijk programma.

- **Inhoud van het programma**

De coaches gaven aan dat de inhoud van het programma niet te technisch was en goed aangepast aan het niveau van de patiënten. Omdat dit echter een populatie was met een hoog niveau van voorkennis, waren niet alle onderwerpen vereist voor elke patiënt. Ze denken dat het beter zou zijn om het programma nog meer te personaliseren en af te stemmen op de individuele behoeften van de patiënt aan het begin van het programma. Ze suggereerden dat het programma beter zou zijn als het opgestart zou worden vanuit een individuele behoefte van de patiënt, aangezien andere onderwerpen die deel uitmaken van dit programma automatisch aan bod zouden komen. We erkennen dat een uitnodiging tot deelname per brief niet de meest geschikte manier is om de patiënten te overtuigen met de hoogste behoefte. Een meer directe, persoonlijke methode zou beter zijn.

Wat de module voor veranderingen in de levensstijl betreft, lag de focus te veel op het delen van informatie, waardoor het redelijk vaag bleef. Patiënten geven de voorkeur aan een

praktischere aanpak met meer tastbare oplossingen. De coaches stellen voor om doelstellingen te bepalen aan het begin van het programma, die dan gedurende zes maanden opgevolgd kunnen worden bij elk contact. Hoewel directe coaching voor individueel vastgestelde doelen van grote waarde is voor de aanpassing van de levensstijl, was dit niet het doel van het programma. Dit programma is ontworpen om de gezondheidsgeletterdheid inzake hart- en vaatziekten, therapie en levensstijl te verhogen door informatie te verstrekken.

De coaches gaven ook aan dat, hoewel de kennis van risicofactoren zeer hoog was, patiënten vaak niet begrepen waarom bepaald gedrag of bepaalde aspecten hun risico's verhoogden. Patiënten zijn zich bijvoorbeeld wel bewust van het feit dat er 'goede' en 'slechte' cholesterol bestaat, maar ze begrijpen niet volledig de impact van hun dieet op 'slechte cholesterolgehalten' en de bijbehorende risico's. Het programma kon dit eenvoudiger uitleggen dan hun behandelende artsen zodat ze het beter begrepen.

- **Manier van interactie met de patiënten**

Over het algemeen werd de manier van interactie via maandelijks telefoongesprekken als goed ervaren, zij het niet altijd als ideaal. Voor sommige specifieke patiënten zou persoonlijke interactie beter zijn omdat de taal soms een barrière vormde en alleen luisteren naar informatie mogelijk niet genoeg is. De coaches gaven ook aan dat het voor de oudere patiënten soms nodig is om informatie verschillende keren te herhalen. Bijkomende schriftelijke informatie ter ondersteuning zou dus nuttig kunnen zijn. Deze informatie kan digitaal zijn, maar niet voor iedereen en in ieder geval. De coaches denken niet dat dit programma volledig digitaal kan worden aangeboden.

De frequentie van de gesprekken werd over het algemeen als goed ervaren, maar de frequentie kan na een initiële fase verlaagd worden tot één gesprek om de twee maanden.

04 Bespreking en conclusie

Samenvatting van de bevindingen

Deze pretest-postteststudie evalueerde de klinische doeltreffendheid van een coachingprogramma van 6 maanden op de gezondheidsgeletterdheid, medicatieovertuigingen, motivatie om de levensstijl aan te passen en therapietrouw van patiënten. De interventie omvatte een coachingprogramma met vijf modules die focusten op hypertensie, atherosclerose, therapietrouw, (pre)diabetes en veranderingen in levensstijl.

De patiënten die deelnamen aan dit programma hadden duidelijk een hoog niveau van voorkennis, vooral over risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Derhalve was het moeilijk om een hogere score te behalen na de interventie en kon er geen statistisch significant verschil geobserveerd worden. De coaches gaven aan dat de patiënten, hoewel ze zich zeer bewust waren van wat de risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn, vaak niet begrepen hoe hun eigen gedrag een impact heeft op hun persoonlijk risico. Het programma kon dit uitleggen.

De patiënten hadden een gemiddelde score voor functionele gezondheidsgeletterdheid, dus het vermogen om te lezen en te schrijven bij aanvang, wat niet significant verbeterde in de loop van het programma. Functionele gezondheidsgeletterdheid is het eerste niveau van empowerment, met een focus op feitelijke informatie in verband met gezondheid. Ze wordt doorgaans vertegenwoordigd door flyers, grafieken en informatie die aan de patiënt worden gegeven over diverse onderwerpen in verband met gezondheidszorg, van toegang tot verzorgingsgedrag. Hoewel de patiënten informatie ontvingen over hun ziekte, therapie en risicofactoren, had dit geen invloed op hun algemeen vermogen om gezondheidsinformatie te verwerken op een algemeen niveau.

Hoewel de patiënten bij aanvang een hoge score hadden voor communicatieve gezondheidsgeletterdheid, dus het vermogen om informatie te verzamelen en door te geven, werd een statistisch significante verbetering geobserveerd na de interventie. De items over communicatieve gezondheidsgeletterdheid focussen op het vermogen van de patiënten om hun ziekte, therapie en risico's te begrijpen en deze kennis te integreren in hun dagelijks leven door betekenisvolle gesprekken te houden met vrienden, familie en medische professionals, en voorzorgsmaatregelen te implementeren, wat de voornaamste focus was van dit programma.

De patiënten hadden de laagste scores voor kritische gezondheidsgeletterdheid bij aanvang en in de loop van het programma werd een statistisch significante daling geobserveerd. Het is verrassend dat het programma, bedoeld om ziekte- en therapiegerelateerde informatie te verstrekken, een negatief effect op de kritische gezondheidsgeletterdheid aantoonde. Dit kan echter verklaard worden door het feit dat de patiënten die deelnamen aan dit programma een hoge vertrouwensrelatie hebben met hun behandelend arts, waardoor de behoefte om kritisch te staan tegenover de door professionals verstrekte informatie na verloop van tijd afnam. Een andere reden zou kunnen zijn dat ze, via hun deelname aan het programma, geloven dat ze alle relevante informatie al hebben ontvangen.

De medicatieovertuiging voor patiënten was zeer hoog bij aanvang: meer dan de helft van de patiënten gaf voor hun medicatieovertuiging een score van 9 of 10 op 10. Met dergelijke hoge

basiswaarden bleek het moeilijk om deze score verder te verbeteren en er kon geen statistisch significante stijging geobserveerd worden na de interventie.

Ook de motivatie van de patiënten om veranderingen in de levensstijl door te voeren was zeer hoog aan het begin van het programma, en er kon geen statistisch significante verbetering geobserveerd worden na de interventie.

Beperkingen van de studie

Dit was een experimentele opzet zonder controlegroep, dus er kan geen causaliteit worden aangetoond.

De analyse heeft een beperkt vermogen om een effect van de interventie aan te tonen, aangezien de steekproefgrootte laag was door voortijdige stopzetting of inschrijving van patiënten.

De patiënten die bereid waren om deel te nemen hadden al hoge scores voor de primaire en secundaire resultaten bij aanvang, wat toont dat ze zeer gemotiveerd waren en een hoge voorkennis hadden. Dit betekent dat de mogelijke verbetering beperkt is en dat patiënten die het meeste baat zouden hebben bij dit type interventie niet werden opgenomen in het programma.

05 Referenties

Cappgemini, 2011. Patient Adherence: The Next Frontier in Patient Care [WWW Document]. URL <https://www.cappgemini.com/pt-en/resources/patient-adherence-the-next-frontier-in-patient-care/> (accessed 7.20.21).

Lagraauw, H., Kuiper, J., Bot, 2015. Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. *Brain. Behav. Immun.* 50, 18–30. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2015.08.007>

Matsuoka, S., Kato, N., Kayane, T., Yamada, M., Koizumi, M., Ikegame, T., Tsuchihashi-Makaya, M., 2016. Development and Validation of a Heart Failure-Specific Health Literacy Scale. *J. Cardiovasc. Nurs.* 31, 131–139. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000226>

Miller, T.A., 2016. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ. Couns.* 99, 1079–1086. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2016.01.020>

Peterson, P., Shetterly, S., Clarke, C., Bekelman, D., Chan, P., Allen, L., Matlock, D., Magid, D., Masoudi, F., 2011. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA* 305, 1695–1701. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2011.512>

Porteous, T., Francis, J., Bond, C., Hannaford, P., 2010. Temporal stability of beliefs about medicines: implications for optimising adherence. *Patient Educ. Couns.* 79, 225–230. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2009.07.037>

Safeer, R., Cooke, C., Keenan, J., 2006. The impact of health literacy on cardiovascular disease. *Vasc. Health Risk Manag.* 2, 457–464. <https://doi.org/10.2147/VHRM.2006.2.4.457>

Sciensano, 2020. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van geneesmiddelen.

Sciensano, 2019. Gezondheidsvaardigheden.

Statbel, 2021. Causes of death [WWW Document]. URL <https://statbel.fgov.be/en/themes/population/mortality-life-expectancy-and-causes-death/causes-death>

van Schaik, T., Jørstad, H., Twickler, T., Peters, R., Tijssen, J., Essink-Bot, M., Fransen, M., 2017. Cardiovascular disease risk and secondary prevention of cardiovascular disease among patients with low health literacy. *Neth. Heart J.* 25, 446–454. <https://doi.org/10.1007/S12471-017-0963-6>

Wagner, J., Lacey, K., Chyun, D., Abbott, G., 2005. Development of a questionnaire to measure heart disease risk knowledge in people with diabetes: the Heart Disease Fact Questionnaire. *Patient Educ. Couns.* 58, 82–87. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2004.07.004>

Lenniksebaan 788A - 1070 Anderlecht

T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, augustus 2023

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre