

PRISMA

focus op zelfzorg

Werkblad beschrijving interventie

Maart 2019

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Amsterdam UMC, locatie VU medisch centrum, afdeling diëtetiek en voedingswetenschappen
Postadres: Kamer ZH 4A 11, Postbus 7057
1007 MB Amsterdam
E-mail: prisma@vumc.nl
Telefoon: 020-4443410

Website (van de interventie): www.focusopzelfzorg.nl (voor hulpverleners)
www.prismacursus.nl (voor deelnemers)

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Sabine de Groot en Suzanne Bader
E-mail : prisma@vumc.nl
Telefoon : 020-4443410

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Sabine de Groot en Suzanne Bader
Titel interventie: PRISMA, focus op zelfzorg
Databank(en):
Plaats, instituut:
Datum:

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2. Ui-tvoering	12
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	22
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	23
5. Samenvatting Werkzame elementen	25
6. Aangehaalde literatuur	26
7. Praktijkvoorbeeld	28

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

PRISMA is een compact zelfmanagement educatieprogramma in groepsverband (twee dagdelen) gericht op het aanleren van zelfmanagement vaardigheden. PRISMA wordt gegeven aan groepen van 8-12 deelnemers door twee hulpverleners getraind in de PRISMA methodiek, in meer dan 30 instellingen in Nederland. PRISMA kan gegeven worden over diabetes type 2 en preventie diabetes type 2.

PRISMA richt zich op risicoperceptie, uitkomstverwachting, self-efficacy en de intentie van de deelnemer om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voedingspatroon, activiteitenpatroon, therapietrouw of (professionele) ondersteuning, en daarvoor een persoonlijk actieplan op te stellen met SMART-doelen.

Gezien de PRISMA filosofie ligt het niet vast hoe de grootte van de verandering in leefstijl moet zijn. Het individu is zelf verantwoordelijk voor de keuzes in zijn/haar leefstijl, en elke verandering daarin, hoe klein ook, levert al winst op voor de gezondheid.

Doelgroep – max 50 woorden

PRISMA is gericht op mensen met diabetes type 2 of met een verhoogd risico daarop, die de Nederlandse taal beheersen en in een groep kunnen functioneren. Voor de twee subgroepen is een specifieke PRISMA trainershandleiding beschikbaar gebaseerd op de generieke PRISMA methodiek en inhoudelijk afgestemd op de subdoelgroep.

Doel – max 50 woorden

De deelnemer heeft aan het eind van de cursus *de intentie* om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voedingspatroon, activiteitenpatroon, therapietrouw of (professionele) ondersteuning en heeft hiervoor een persoonlijk actieplan opgesteld (*planning*).

Aanpak – max 50 woorden

Het programma bestaat uit: 'Mijn eigen verhaal', theorie, voedings- en beweegspellen, 'Mijn gezondheidsprofiel' en 'Mijn persoonlijk actieplan'.

De filosofie kenmerkt zich door de open, respectvolle en empathische houding van de trainer.

De educatie is gericht op het actief betrekken van de deelnemer bij zijn/haar leerproces door het aanbieden van gedoseerde informatie en het stellen van (open)vragen.

Materiaal – max 50 woorden

Voor trainers: trainershandleiding (generiek deel over methodiek en filosofie van PRISMA en specifiek draaiboek van de cursus in detail), wervingsmaterialen, evaluatieformulieren en website:

www.focusopzelfzorg.nl. Er zijn twee draaiboeken: diabetes en preventie diabetes.

Voor deelnemers: 'Mijn persoonlijk actieplan' (samenvatting van de cursus met het gezondheidsprofiel en het actieplan), evaluatieformulieren en website: www.prismacursus.nl. Er zijn twee 'Mijn persoonlijk actieplannen': diabetes en preventie diabetes.

Onderbouwing – max 150 woorden

Risicofactoren van diabetes type 2 bestaan uit niet-beïnvloedbare (leeftijd, geslacht, genetische aanleg) en beïnvloedbare factoren (bloeddruk, bloedglucose- en lipidenwaarden, roken, lichaamsgewicht/middelomtrek, lichamelijke activiteit). Een gezonde leefstijl heeft een positief effect op de beïnvloedbare risicofactoren: minder of anders eten, meer lichaamsbeweging, niet roken, minder alcoholgebruik en medicatie-inname zoals voorgeschreven. Om weloverwogen keuzes te maken in de leefstijl is zelfmanagement educatie nodig. PRISMA is gebaseerd op DESMOND (Groot-Brittannië) dat is onderbouwd met een viertal gedragswetenschappelijke theorieën: Self-Regulation Theory (Leventhal, 1984), Self Determination Theory (Deci, 2000), Social Learning Theory (Bandura, 1977) en Dual Process Theory (Chaiken, 1996). Daarnaast wordt het Health Action Process Approach model (HAPA-model, Schwarzer, 2011) gebruikt dat 3 key-determinanten kent: risicoperceptie, uitkomstverwachting, self-efficacy, die alle drie de intentie (motivatie) beïnvloeden. Om de intentie vervolgens om te zetten naar de daadwerkelijk gewenste verandering van gedrag en het volhouden van dit gedrag, wordt een actieplan opgesteld (action en coping planning).

Onderzoek – max 100 woorden

Onderzoek naar haalbaarheid, geschiktheid en acceptatie van PRISMA laat zien dat de cursussen haalbaar en uitvoerbaar zijn in de praktijk, goed gewaardeerd worden door deelnemers, inhoudelijk afgestemd zijn op behoeften en medisch profiel van de deelnemers. Succesfactoren zijn: voldoende draagvlak en enthousiasme binnen de zorggroep, financiering voor PRISMA en goede coördinatie tijdens de implementatie (aanstellen coördinator).

Effectiviteitsonderzoek naar PRISMA diabetes laat effect zien op gedrag (daling in voedingsinname, vaker houden aan een dieet, meer bewegen, vaker voetcontrole en zelfcontrole (bij insulinegebruik) (zelf-rapportage) en determinanten van gedrag (risicoperceptie (beter beeld hebben van diabetes, diabetes is ernstige ziekte) en gezondheidswinst (idee over invloed van eigen gedrag groter).

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

PRISMA is een compact zelfmanagement educatieprogramma in groepsverband gericht op mensen met diabetes type 2 of met een verhoogd risico daarop, die de Nederlandse taal beheersen en in een groep kunnen functioneren. Voor de twee subgroepen (diabetes type 2 en preventie diabetes type 2) is een specifieke PRISMA trainershandleiding beschikbaar gebaseerd op de generieke PRISMA methodiek en inhoudelijk afgestemd op de subdoelgroep.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

(Huis)artsen, praktijkondersteuners (praktijk)verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en psychologen kunnen opgeleid worden tot PRISMA trainer.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

PRISMA is bedoeld voor mensen met diabetes type 2 of met een risico daarop waarbij verandering in de leefstijl wenselijk is. Deelnemers voor PRISMA worden geselecteerd en geworven in de eerste dan wel tweede lijn door de huisartsenpraktijk, zorggroep of ziekenhuisafdeling op basis van de aanwezigheid van risicofactoren, ziekte en/of complicatie(s).

PRISMA diabetes:

- iedereen waarbij de diagnose diabetes type 2 is gesteld. Zowel diabetes type 2 de novo, als mensen die diabetes type 2 hebben met of zonder (vergevoerde) complicaties.
- PRISMA diabetes is ook geschikt voor mensen met co-morbiditeit(en) en/of stemmingsproblemen.

PRISMA preventie diabetes:

- bij verhoogde kans op diabetes type 2 vanwege overgewicht in combinatie met familiale belasting.
- als vervolg op de behandeling van Diabetes Gravidarum.
- bij pre-diabetes (verhoogde nuchter bloedglucosewaarden).

Contra-indicaties:

- niet de Nederlandse taal machtig zijn
- niet kunnen functioneren in een groep

NB opleidingsniveau is geen contra-indicatie

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

PRISMA diabetes is gebaseerd op het Engelse evidence-based groepseducatie programma voor zelfmanagement DESMOND dat zich richt op patiënten met nieuw gediagnosticeerde en langer bestaande diabetes type 2 (Skinner, 2006). DESMOND heeft een duidelijke filosofie, is gebleken (kosten-)effectief en is onderbouwd met vier gedragswetenschappelijke theorieën (www.desmond-project.org.uk, Gillet, 2010, Skinner, 2003). DESMOND liet zien dat door theoretisch onderbouwde groepseducatie medische, psychologische en leefstijluitkomsten gunstig kunnen worden beïnvloed (Davies, 2008). Ook zijn kostenbesparing en kosteneffectiviteit aangetoond (Gillet, 2010). In 2004 is DESMOND vertaald naar de Nederlands setting door het Diabetes Team VUmc uit eigen behoefte aan een meer gestructureerde, evidence-based methodiek voor zelfmanagement bij patiënten met diabetes type 2.

In 2005 is PRISMA diabetes geëvalueerd in een pilostudie waarbij de bevindingen over de werving, inhoud, vorm en haalbaarheid van het nieuwe programma is nagevraagd bij patiënten en trainers. Door de patiënten werd aangegeven dat de cursus goed te volgen was (tempo, niveau, tijdsduur) en de inhoud passend en interessant was. De trainers gaven aan dat het nodig is om training te krijgen om de cursus goed te kunnen geven aan patiënten. Ook gaven ze aan dat het programma paste in 2 x 3,5 uur en 10 deelnemers includeren per cursus haalbaar is. De trainers schatten in dat de PRISMA cursus 2 consulten diëtetiek en 1 consult diabetesverpleegkundige vervangt. Daarnaast biedt het meer educatie dan gebruikelijk is binnen de individuele consulten. Het invullen van het actieplan verdient veel aandacht binnen de cursus en moet een vervolg krijgen in de spreekkamer. Deze bevindingen zijn meegenomen in de doorontwikkeling van PRISMA diabetes.

PRISMA preventie diabetes is in 2009 onder de naam 'DiAlert' ontwikkeld als diabetespreventie educatieprogramma gericht op mensen met een verhoogde kans op diabetes type 2, vanwege overgewicht in combinatie met familiale belasting. In een pilotstudie is dit programma geëvalueerd bij de patiënten en de trainers. Het programma bleek haalbaar in de praktijk, patiënten waren enthousiast en het programma behoefde verder geen aanpassingen.

De cliëntenraad van VUmc heeft een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling en het testen van online omgeving (2017) die de PRISMA cursussen ondersteund (www.prismacursus.nl).

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Hoofddoel van PRISMA:

Aan het eind van de cursus heeft de deelnemer *de intentie* om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voedingspatroon, activiteitenpatroon, therapietrouw of (professionele) ondersteuning en heeft hiervoor een persoonlijk actieplan opgesteld (*planning*).

De PRISMA filosofie gaat er vanuit dat vrijwel alle dagelijkse beslissingen in de leefstijl van invloed zijn op het risico op ziekte en/of complicaties (of die invloed hebben op de uitkomsten van de behandeling), worden genomen door de persoon met de ziekte of risico daarop zelf. De individu draagt daardoor zelf de verantwoordelijkheid voor zijn omgang (gedrag) met ziekte of risico daarop. De trainer stimuleert en ondersteunt de deelnemer bij het nemen van wat hij/zij beschouwt als de voor hem/haar best mogelijke keuzes om in hem/haar ogen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bereiken. De trainers hebben geen oordeel. De trainer draagt verder de boodschap uit dat elke verandering, hoe klein ook, al winst oplevert voor de gezondheid. Gezien deze filosofie ligt er bij PRISMA niet vast hoe groot de verandering in leefstijl van de deelnemers moet zijn.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Subdoelen van PRISMA:

Risicoperceptie:

- De deelnemer weet wat de oorzaken, symptomen, risicofactoren en gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop.
- De deelnemer weet van de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag.
- De deelnemer is zich bewust van zijn eigen gezondheidsprofiel.

Uitkomstverwachting:

- De deelnemer weet welke leefstijlgedragingen op gebied van voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie, roken, gebruik van alcohol, ontspanning en en/of hulp vragen, de relevante risicofactoren kunnen beïnvloeden.
- De deelnemer is zich bewust van wat hij/zij zelf concreet kan veranderen in zijn/haar leefstijlgedrag om het verloop van de ziekte of risico daarop positief te beïnvloeden.

Self-efficacy (task, coping)

- De deelnemer voelt zich in staat om zijn/haar actieplan de aankomende drie maanden vol houden.
- De deelnemer voelt zich in staat om hindernissen bij de uitvoering van het actieplan in te schatten en haalbare oplossingen te bedenken.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)? Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De PRISMA cursus voor diabetes bestaat uit 2 dagdelen 3,5 uur met 1 week ertussen en wordt gegeven door 2 hulpverleners die de PRISMA train-de-trainercursus hebben gevolgd.

De PRISMA cursus voor preventie van diabetes bestaat uit 2 dagdelen van 2,5 uur met 1 week ertussen en wordt gegeven door 2 hulpverleners die de PRISMA train-de-trainercursus hebben gevolgd.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt. Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving. Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Elke PRISMA cursus is opgebouwd uit dezelfde onderdelen, ongeacht het (risico op het) ziektebeeld: *Mijn eigen verhaal, Theorie en spellen, Mijn gezondheidsprofiel en Mijn persoonlijk actieplan.*

Programma PRISMA Diabetes en PRISMA Preventie diabetes.

Dagdeel	DIABETES	PREVENTIE DIABETES
1	Introductie	Introductie
	Mijn eigen verhaal	Mijn eigen verhaal
	Diabetes type 2	Diabetes type 2
	De behandeling van diabetes	De kans op diabetes
	Hypo- en hyperglycemie	Stress
	Koolhydratenspel	Boterhammenspel
	Hoe sta ik er voor?	Hoe sta ik er voor?

2	Terugblik dagdeel 1	Terugblik dagdeel 1
	Gevolgen diabetes op langere termijn	Risicofactoren: bloeddruk, cholesterol en roken
	Risicofactoren: bloeddruk, cholesterol en roken	Risicofactoren: gewicht en beweging
	Risicofactoren: HbA1c, lichaamsgewicht, bewegen en stemming	
	Mijn gezondheidsprofiel	Mijn gezondheidsprofiel
	Mijn persoonlijk actieplan	Mijn persoonlijk actieplan
	Afronding en brandende vragen	Afronding en brandende vragen
<i>Tijd (uur)</i>	3,5	2,5

In onderstaande tabel staat weergegeven hoe de (sub)doelen van PRISMA verbonden zijn met de verschillende programma onderdelen.

(Sub)doelen	PRISMA onderdeel
<p><i>Risicoperceptie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De deelnemer weet wat de oorzaken, symptomen, risicofactoren en gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop. - De deelnemer weet van de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag. - De deelnemer is zich bewust van zijn eigen gezondheidsprofiel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mijn eigen verhaal - Theoretische onderdelen - Voedings- en bewegsspellen - Mijn gezondheidsprofiel
<p><i>Uitkomstverwachting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De deelnemer weet welke leefstijlgedragingen op gebied van voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie, roken, gebruik van alcohol, ontspanning en en/of hulp vragen, de relevante risicofactoren kunnen beïnvloeden. - De deelnemer is zich bewust van wat hij/zij zelf concreet kan veranderen in zijn/haar leefstijlgedrag om het verloop van de ziekte of risico daarop positief te beïnvloeden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Theoretische onderdelen - Voedings- en bewegsspellen
<p><i>Self-efficacy (task, coping)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De deelnemer voelt zich in staat om zijn/haar actieplan de aankomende drie maanden vol houden. - De deelnemer voelt zich in staat om hindernissen bij de uitvoering van het actieplan in te schatten en haalbare oplossingen te bedenken. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mijn persoonlijk actieplan
<p><i>Intentie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aan het eind van de cursus heeft de deelnemer de intentie om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voedingspatroon, activiteitenpatroon, therapietrouw of (professionele) ondersteuning. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mijn gezondheidsprofiel - Mijn persoonlijk actieplan
<p><i>Planning (action en coping):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De deelnemer heeft aan het eind van de cursus een persoonlijk actieplan opgesteld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mijn persoonlijk actieplan

Hieronder volgt een korte beschrijving van de verschillende PRISMA onderdelen:

Mijn eigen verhaal

De PRISMA cursus begint altijd met 'Mijn eigen verhaal' dat leidend is in de rest van de cursus. Aan alle deelnemers wordt gevraagd naar hun eigen ervaring:

- Wat is de reden van komst?
- Zijn er zorgen m.b.t. de ziekte of het verhoogde risico erop?
- Wat zijn de brandende vragen?

Bij aanwezigheid van ziekte (PRISMA diabetes) wordt nog verder uitgevraagd bij de deelnemers:

- Wat waren de symptomen bij diagnose?
- Wat is de behandeling?
- Wat waren de oorzaken en de gevolgen?

Alle antwoorden van de deelnemers worden letterlijk opgeschreven op de flapovers door de trainer. Op deze manier wordt duidelijk welke ideeën er zijn en welke kennis er is in de groep. De trainer komt tijdens de verschillende onderdelen van de cursus terug op de antwoorden van de deelnemers; eventuele misvattingen worden uitgesproken en herzien. Hierdoor wordt ook de betrokkenheid van de deelnemers vergroot (het gaat immers over hen zelf en niet allen over (abstracte) theorie).

Theorie en spellen

De onderwerpen (theorie) die aanbod komen zijn: fysiologie, symptomen, oorzaken, complicaties en risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, bloedglucose, BMI/middelomvang, lichaamsbeweging, roken en/of stemming) en de invloed van het eigen gedrag. Voeding, beweging, roken, medicatie innemen, ontspannen en hulp vragen komen uitgebreid aan bod bij het bespreken van de risicofactoren. Daarnaast wordt in de verschillende voeding- en beweegspellen ingaan op de voedingswaarden (energie, koolhydraten, vet en/of zout) van voedingsmiddelen en het energieverbruik van verschillende beweegactiviteiten en welke keuzes in de leefstijl effect hebben op risico op ziekten en/of complicaties.

Mijn gezondheidsprofiel

Bij dit onderdeel op het tweede dagdeel wordt de deelnemers gevraagd om hun eigen gezondheidsprofiel van alle relevante risicofactoren in te vullen op het formulier 'Mijn gezondheidsprofiel'. Dit formulier met de risicofactoren is inhoudelijk afgestemd op de ziekte of het risico daarop.

De biomedische gegevens van de deelnemer zijn van te voren op gezocht door de trainer in het medische dossier of door de deelnemer zelf. De deelnemers kan de gegevens tijdens dit onderdeel van de cursus invullen op het formulier 'Mijn gezondheidsprofiel'. De middelomtrek kan ter plekke op gestandaardiseerde wijze gemeten worden met behulp van een meetlint. De vragenlijst over stemming (alleen bij PRISMA diabetes) is al door de deelnemers thuis ingevuld. De eindscore van de stemmingsvragenlijst kan worden ingevuld op 'Mijn gezondheidsprofiel'.

Door het invullen van het formulier ziet de deelnemer dan hoe hij/zij ervoor staat. Weten hoe je ervoor staat, stimuleert de deelnemers om na te denken over: Wat kan ik hier zelf aan doen?

Mijn persoonlijk actieplan

Aan het eind van het tweede dagdeel wordt de deelnemer gestimuleerd om een persoonlijk actieplan met SMART-doelen (Specifiek, Meetbaar, Actiegericht, Realistisch en Tijdgebonden) op te stellen aan de hand van hun gezondheidsprofiel.

De deelnemer formuleert hierbij de intentie om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voedingspatroon, activiteitenpatroon, therapietrouw of (professionele) ondersteuning.

Om deze intentie om te zetten in gedrag, wordt de deelnemers geraagd de volgende vragen te beantwoorden op het actieplan (action planning):

- Aan welke risicofactor ga ik werken?:
 - o Bloedglucose verlagen
 - o Bloeddruk verlagen
 - o Cholesterol verlagen
 - o Middelomtrek/BMI verlagen
 - o Meer lichaamsbeweging
 - o Stoppen met roken
 - o Stemming verbeteren
- Hoe ga ik dat doen? Wat, wanneer, hoe vaak, hoe lang ga ik het doen?
- Wie of wat heb ik daarbij nodig?
- Wat heb ik nodig om te starten? Wanneer start ik?

Voorbeelden zijn: ik wil graag mijn bloeddruk gaan verlagen en 'vanaf maandag eet ik wekelijks 1x een portie vette vis' of 'vanaf volgende week ga ik 2 x per week een half uur wandelen' of 'op mijn volgende afspraak bij de huisarts bespreek ik mijn depressieve klachten'.

Vervolgens wordt de deelnemer gevraagd om na te denken over de voorwaarden om dit actieplan uit te voeren, de mogelijke hindernissen die kunnen optreden bij het uitvoeren van het actieplan en mogelijke oplossingen om hiermee om te gaan (coping planning). De deelnemer vult de antwoorden in op het actieplan.

Ten slotte wordt de deelnemers gevraagd om een rapportcijfer te geven bij de vraag (self-efficacy): Hoe zeker ben ik dat ik dit actieplan de komende 3 maanden kan volhouden?

Als het cijfer lager dan een 7 is, wordt de deelnemer gevraagd wat hij kan veranderen in het actieplan om er een 7 of hoger van te maken.

Na PRISMA

Bij het afronden van de cursus bespreekt de trainer het vervolg na de PRISMA cursus. De deelnemer gaat zelf aan de slag met de uitvoering van het actieplan. De (huis)arts, verpleegkundige en/of praktijkondersteuner kunnen de deelnemer tijdens de individuele consulten hierbij ondersteunen en zo nodig samen zoeken naar aanvullende hulp bij het veranderen van het leefstijl (bijvoorbeeld: individueel consult bij diëtist, aansluiten bij wandel- of sportclubs, stoppen met roken cursus, stress reductie en ontspanning).

Bij eventueel tijdgebrek tijdens de cursus, dienen de trainers in ieder geval de onderdelen 'Mijn gezondheidsprofiel' en 'Mijn persoonlijk actieplan' aan bod te laten komen.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Voor deelnemers aan de PRISMA cursus

Uitvoering:

- Voorafgaand aan de PRISMA cursus stellen de trainers voor alle deelnemers een cursusmap samen, genaamd 'Mijn persoonlijk actieplan'. Deze cursusmap bestaat uit drie onderdelen: een samenvatting van de cursus, het gezondheidsprofiel en het actieplan. De samenvatting van de cursus is te downloaden via www.focusopzelfzorg.nl Het gezondheidsprofiel en het actieplan zijn te bestellen via www.focusopzelfzorg.nl.
- Voor elke PRISMA cursus is een 'Mijn persoonlijk actieplannen' beschikbaar afgestemd op de doelgroep: diabetes en preventie diabetes.
- Bij aanvang van de PRISMA cursus delen de trainers de cursusmap uit aan de deelnemers.
- Tijdens het tweede dagdeel van de cursus vult de deelnemer met hulp van de trainers het gezondheidsprofiel en het actieplan in. Na de PRISMA cursus kan de deelnemer de behandelde informatie nog terug lezen in het samenvatting van de cursus.
- Na de cursus is de PRISMA website voor deelnemers beschikbaar: www.prismacursus.nl. Deze website is ontwikkeld ter ondersteuning van de deelnemer bij zijn gedragsverandering in de periode na de PRISMA cursus. De website bestaat uit drie onderdelen: een interactief educatieprogramma over de risicofactoren van leefstijlgerelateerde ziekten of risico daarop, het gezondheidsprofiel en het actieplan. Het gezondheidsprofiel en het actieplan zijn dezelfde als in de cursusmap maar kunnen nu online indien wenselijk een aantal weken-maanden na de PRISMA cursus nogmaals ingevuld worden (en bewaard worden als PDF). De deelnemer kan deze thuis zelf huis invullen of samen met de hulpverlener tijdens het consult. Er kan indien wenselijk ook opnieuw een actieplan op gesteld worden (bijv. als de deelnemer een ander risicofactor wil gaan aanpakken).

Evaluatie:

- Er is een evaluatieformulier voor de deelnemers na afloop aan de PRISMA cursus, afgestemd op de inhoud van de cursus.

Voor PRISMA trainers

Uitvoering:

- De Trainershandleiding van de PRISMA cursus bestaat uit twee delen:
 - 1: Een generieke handleiding waarin de PRISMA methodiek uitgebreid wordt beschreven. De oorsprong, de theoretische onderbouwing, de filosofie, het vervolg na PRISMA in de spreekkamer, de kwaliteitsborging en de implementatie in de eigen praktijk komen aan bod.
 - 2: Een specifiek draaiboek afgestemd op de doelgroep waarin de cursus (2 dagdelen) in detail staat uitgeschreven. Het draaiboek dient als voorbeeld hoe de methodiek kan worden toegepast en hoe de dagdelen inhoudelijk gevuld kunnen worden. Verder wordt ook de rol van de trainer tijdens de gehele cursus en per onderdeel beschreven.
- Er zijn twee draaiboeken: diabetes en preventie diabetes.
- De trainer ontvangt een trainershandleiding tijdens de PRISMA train-de-trainer cursus; daarna kunnen indien gewenst de andere trainershandleiding besteld worden via www.focusopzelfzorg.nl
- de PRISMA website voor hulpverleners: www.focusopzelfzorg.nl. Op deze site staat algemene informatie over PRISMA, specifieke informatie voor trainers (hoe bestel ik trainers- en patiëntmaterialen?) en voor trainers-in spé (wat houdt de PRISMA train-de-trainer cursus in, wat zijn de kosten en wat is de investering in uren? Hoe meld ik me aan voor de cursus?).
- Voedings- en beweegspellen.

Werving:

- Formulieren voor de werving van en een informatiebrief voor deelnemers aan de PRISMA cursus.

Evaluatie:

- Er zijn formulieren voor de evaluatie van de kwaliteitsborging: zelfreflectie en collega-reflectieformulieren. Deze kunnen na elke PRISMA cursus door de trainers gebruikt kunnen worden om zich zelf en de mede trainer te evalueren. Daarnaast zijn PRISMA observatieformulieren beschikbaar die gebruikt kunnen worden door een ervaren PRISMA trainer om een nieuwe PRISMA trainer te evalueren nadat hij/zij 3-4 de PRISMA cursus heeft gegeven.

Voor docenten van de PRISMA train-de-trainer cursus

Uitvoering:

- Een PRISMA docenthandleiding waarin de gehele 2 daagse train-de-trainercursus is uitgewerkt (rol van de trainer, leerdoelen van de cursist en de inhoud en het draaiboek van de train-de-trainercursus).

Werving:

- Op www.focusopvoeding.nl is inhoudelijke, praktische en financiële informatie te vinden over de PRISMA train-de-trainercursus.

Evaluatie:

- Er is een evaluatieformulier voor de cursisten na afloop aan de PRISMA train-de-trainer cursus.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

PRISMA is geschikt voor zowel de eerste als de tweede lijn. Voor het geven van de cursus is een ruimte nodig waarin 15-20 mensen in een ronde opstelling kunnen zitten. Er moet een flap-over aanwezig zijn en er moet voldoende plaats zijn op de muren om flap-over vellen op te hangen. De ruimte kan zijn in de eigen praktijk, in een buurthuis, een zalencentrum of in het lokale ziekenhuis.

Er zijn momenteel meer dan 30 instellingen die PRISMA diabetes aanbieden. Dit zijn grote zorggroepen maar ook kleinere huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en thuiszorginstellingen. PRISMA preventie diabetes is onderzocht in een gerandomiseerd onderzoek en wordt nog niet toegepast in de praktijk.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

De PRISMA cursus kan gegeven worden door (huis)artsen, praktijkondersteuners (praktijk)verpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en psychologen. Om de PRISMA cursus te mogen geven is het volgen van de train-de-trainercursus vereist. Deze tweedaagse train-de-trainercursus wordt aangeboden in VUmc of als in company op de eigen locatie. Om deze training te volgen is het wenselijk dat de hulpverlener minimaal 1 jaar werkervaring heeft met de doelgroep en in de praktijk werkt met de doelgroep.

Tijdens de PRISMA train-de-trainer cursus staat het aanleren van vaardigheden bij de hulpverlener centraal zodat deze in staat is om zelfmanagementvaardigheden aan te leren aan de PRISMA deelnemers. De hulpverleners worden getraind in het stellen van vragen, het opsporen van misvattingen, het stimuleren van interne motivatie, het begeleiden van het opstellen van persoonlijk actieplan, het gebruik van analogieën en hulpmiddelen en in het begeleiden van groepsdynamiek. De trainer moet in staat zijn om tijdens de PRISMA cursus een vertrouwelijke, veilige en respectvolle sfeer te creëren en de omgang/interactie tussen de deelnemers te stimuleren. De leerdoelen van de cursisten van de PRISMA train-de-trainer cursus liggen vast in de docenthandleiding.

Het programma van de PRISMA train-de-trainercursus is als volgt:

Cursusdag 1

Tijd	Tijdsduur	Onderwerp / werkvorm
09.30	30	1. Opening en kennismaking
10.00	60	2. Introductie op PRISMA
11.00	15	Pauze
11.15	45	3. Uitvoering onderdeel B: mijn eigen verhaal
12.00	30	4. Nabespreking onderdeel B, theoretisch kader
12.30	45	Lunchpauze
13.15	15	5. Film patiëntervaringen
13.30	60	6. Uitvoering onderdeel C: werking van het lichaam
14.30	30	7. Nabespreking onderdeel C, theoretisch kader
15.00	15	Pauze
15.15	45	8. Uitvoering onderdeel F: voedingsspel
16.00	15	9. Nabespreking onderdeel F, theoretisch kader

16.15	15	10. Afronding eerste dag
-------	----	--------------------------

Cursusdag 2

Tijd	Tijdsduur	Onderwerp / werkvorm
09.30	30	11. Terugblik eerste dag
10.00	60	12. Eerste ronde oefenen met onderdeel I in subgroepen
11.00	15	Pauze
11.15	60	12. Tweede ronde oefenen met onderdeel I in subgroepen
12.15	15	12. Nabespreking oefenen plenair
12.30	45	Lunchpauze
13.15	15	13. Filmpje buurman en buurman
13.30	45	14. Uitvoering onderdeel K: actieplan
14.15	15	15. Nabespreking onderdeel K, theoretisch kader
14.30	15	16. Kwaliteitsborging
15.45	15	Pauze
15.00	60	17. Implementatie van PRISMA binnen de zorggroep
16.00	30	18. Afronding train-de-trainercursus

De training wordt gegeven door 2 docenten vanuit VUmc aan 8 tot 14 deelnemers.

Voor de train-de-trainercursus is accreditatie beschikbaar voor praktijkverpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen (V&VN), praktijkondersteuners (NVvPO) en diëtisten (ADAP).

Na de train-de-trainercursus is de trainer in staat om zijn/haar eerste PRISMA cursus te geven in zijn/haar eigen praktijksituatie. De trainer heeft beschikking over de benodigde trainershandleidingen en materialen. De trainer komt daarnaast in het kwaliteitsborgingsysteem (zie kwaliteitsborging).

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

De PRISMA train-de-trainercursus is het eerste onderdeel van de kwaliteitsborging systeem van PRISMA. Tijdens de PRISMA train-de-trainer cursus staat het aanleren van vaardigheden bij de hulpverlener centraal zodat deze in staat is om zelfmanagementvaardigheden aan te leren aan de PRISMA deelnemers. Deze train-de-trainercursus is verplicht als je PRISMA wilt geven in de eigen praktijk.

De trainer wordt daarna gestimuleerd om iedere gegeven PRISMA cursus te evalueren. Dit door zichzelf en de mede trainer te evalueren. Hier zijn evaluatie materialen voor beschikbaar. Ook voor evalueren van de cursus door deelnemers zelf zijn formulieren beschikbaar (zie materialen).

Nadat de trainer zo'n 3-4 keer PRISMA heeft gegeven, vraagt de trainer een observatie aan bij een ervaren PRISMA trainer. Dit kan aangevraagd worden bij VUmc of bij een ervaren trainer (minimaal 10 cursussen gegeven en zelf geobserveerd). Er is een uitgebreid observatieformat beschikbaar. Tijdens de observatie worden 3 dingen objectief gemeten: het percentage van de inhoud wat wordt gesproken (norm >70%), het aantal open/gesloten vragen, samenvattingen, gebruikt van hulpmiddelen en de interactie tussen trainer en deelnemer in percentages aan het woord (norm: zie onderstaande tabel) (Skinner e.a., 2008). De observatie wordt samengevat volgens een vast format. Het verslag is voor de geobserveerde en wordt daarnaast verzameld door VUmc. Zowel de geobserveerde als de observator kunnen een certificaat krijgen die ze kunnen opvoeren voor het kwaliteitsregister.

Als onderdeel van het kwaliteitssysteem van PRISMA ligt per onderdeel vast hoeveel procent van de tijd de trainer maximaal aan het woord dient te zijn (Skinner e.a., 2008).

Onderdeel	Deel van de tijd dat de trainer maximaal aan het woord dient te zijn (%)
Mijn eigen verhaal	40%
Theoretische onderdelen	65%
Voeding- en beweegspellen	55%
Mijn gezondheidprofiel	50%
Mijn persoonlijk actieplan	50%

VUmc organiseert 2 jaarlijks een terugkomdag of symposium voor PRISMA trainers. Hier wordt input gevraagd aan trainers over vernieuwingen of aanpassingen in het programma of worden nieuwe ontwikkelingen gedeeld.

Verder verzorgt PRISMA elke 2 jaar updates van de materialen op basis van de nieuwste richtlijnen en ervaringen die zijn opgedaan in de praktijk. Dit wordt via nieuwsbrieven gecommuniceerd.

Op de website www.focusopzelfzorg.nl is een gedeelte gemaakt speciaal voor trainers waar de meest gebruikte materialen worden gedeeld en kunnen worden besteld.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Uit implementatie onderzoek van PRISMA (Bader, 2015) blijkt dat draagvlak, financiering en coördinatie belangrijke organisatorische randvoorwaarden zijn bij de organisatie (zorggroep, huisartsenpraktijk of afdeling). voor een succesvolle implementatie.

Draagvlak

Het is belangrijk dat er binnen de organisatie (management en helpverleners) draagvlak en enthousiasme is voor zelfmanagement en een patiëntgerichte aanpak. Het helpt als een (huis)arts of kaderarts zelf PRISMA trainer is en/of achter de PRISMA methodiek en filosofie staat.

Kosten

Als er voldoende draagvlak is in de organisatie, dan is het belangrijk dat de reële kosten voor PRISMA inzichtelijk worden gemaakt. PRISMA wordt vaak gefinancierd vanuit pilotgelden of GEZ-gelden (tot voor kort). Als de organisatie verder wil met zelfmanagement en patiëntgerichte aanpak middels de PRISMA methodiek en een reëel beeld heeft van de kostprijs, lukt het vrijwel altijd om samen met de preferente zorgverzekeraar de financiële middelen te vinden.

Coördinatie

PRISMA vraagt net als alle andere groepsinterventies coördinatie. Als er een coördinator is aangesteld (een PRISMA trainer of iemand van het ondersteunend personeel), dan is de kans groter dat de cursussen goed gevuld worden en aan alle randvoorwaarden (locatie, catering, werving, data, trainers inplannen etc.) wordt voldaan. Als er is geen coördinator is en trainers het zelf moeten regelen zonder extra begrote tijd, dan komt het werven en plannen van de cursussen veelal in gevaar.

Daarnaast is belangrijk dat er voor de deelnemers na de PRISMA cursus voldoende (lokale) acties aanwezig zijn om hun gedrag te veranderen (stoppen met roken cursus, wandel- en sportverenigingen, diëtist, etc.). de organisatie kan dit aanbod vooraf in kaart brengen om zo de PRISMA deelnemers na de cursus beter te kunnen begeleiden.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Een organisatie kan zelf aan de slag met de implementatie van PRISMA in eigen praktijk. Het implementatie plan zou opgedeeld kunnen worden in de volgende fasen.

Fase 1: Oriëntatiefase

In deze fase inventariseert de organisatie of er binnen de organisatie genoeg interesse, draagvlak en financiële middelen zijn om PRISMA in te zetten als zelfmanagementeducatie programma in groepsverband bij de beoogde doelgroep en, of PRISMA past binnen de lokale filosofie. Het gaat hier bij om een 'go-no go' beslissing. Bij een 'go', start fase 2.

Fase 2: Voorbereiden implementatie PRISMA in eigen organisatie

In deze fase legt de organisatie vast wat de ambitie en doelstellingen zijn met betrekking tot de implementatie van PRISMA, regelt de financiën hiervoor, bepaalt aan welke patiëntengroepen PRISMA aangeboden gaat worden. Verder stelt de organisatie een coördinator aan. De coördinator kan een toekomstige trainer zijn of een secretariael medewerker. De coördinator zorgt o.a. voor het opgeven van professionals voor de PRISMA train-de-trainer cursus, het werven van deelnemers, het regelen van de

cursuslocatie, catering en cursusmaterialen en het informeren van andere hulpverleners binnen de organisatie over PRISMA.

PRISMA is een zelfmanagement educatieprogramma uit twee dagdelen en voorziet niet in het lokale traject. De arts, praktijkondersteuner en/of (praktijk)verpleegkundige begeleiden de deelnemer tijdens het individuele consult en ondersteunt deze bij het uitvoeren van zijn/haar gedragsverandering. De organisatie brengt in deze fase ook in kaart hoe het traject na de PRISMA cursus eruit ziet. Uit welke acties kan de deelnemer na de PRISMA cursus kiezen om zijn leefstijl te veranderen? Zijn er aanvullende lokale cursussen (bijvoorbeeld stoppen met roken of ontspanningscursus) of zijn er samenwerkingsverbanden met lokale beweeg- of sportverenigingen? Zijn er afspraken met andere hulpverleners (diëtisten, beweegcoaches, fysiotherapeuten, psychologen) in de buurt die de deelnemer kunnen helpen bij het uitvoeren van deze gekozen acties?

Fase 3: Volgen van de PRISMA train-de-trainer cursus

In deze fase wordt de twee daagse PRISMA train-de-trainer gevolgd in VUmc door een of meerdere hulpverleners uit de organisatie of als groep hulpverleners als in company op de eigen locatie.

De trainers worden tijdens de cursus getraind om zelfmanagement vaardigheden aan te leren bij de beoogde doelgroep. Tevens wordt tijdens de cursus (en in de trainershandleiding) aandacht besteed aan de implementatie in de eigen organisatie (wat is er nodig aan mensen, logistiek, werving en materialen?).

Fase 4: Voorbereiden PRISMA cursus

In deze fase regelt de coördinator de voorbereiding van de PRISMA cursus in de eigen organisatie, eventueel met hulp van de trainers (cursusdata en -tijdstip, locatie, catering, werving van deelnemers, materialen voor de trainers- en patiënten, benodigdheden tijdens de cursus).

Fase 5: Geven van de PRISMA cursus

In deze fasen geven de (nieuwe) trainers de PRISMA cursus aan de doelgroep.

Fase 6: Evaluatie van de PRISMA cursus

Na de PRISMA cursus evalueren de twee PRISMA trainers zichzelf en elkaar met behulp van daarvoor beschikbare evaluatieformulieren. De waardering van de deelnemers aan de PRISMA cursus wordt nagevraagd met het deelnemers evaluatieformulier. De nieuwe trainers vragen na 3-4 x de cursus gegeven te hebben een observatie aan door een ervaren PRISMA trainer buiten of binnen de eigen organisatie.

Fase 7: Vervolg na de PRISMA cursus

In de fase na de PRISMA cursus gaat de deelnemer zelf aan de slag met de uitvoering van het actieplan. De (huis)arts, verpleegkundige, praktijkondersteuner en andere betrokken hulpverleners ondersteunen de deelnemer tijdens de reguliere individuele consulten hierbij en zoeken samen naar aanvullende hulp bij het veranderen van het leefstijl. Het is belangrijk dat alle hulpverleners op de hoogte zijn van materialen uit de PRISMA cursus die hiervoor gebruikt kunnen worden, ook de niet- PRISMA getrainde hulpverleners. Ook kan gebruik worden gemaakt van de patiëntenwebsite: www.prismacursus.nl waar educatie, inzicht in het gezondheidsprofiel en een actieplan-tool beschikbaar zijn.

Fase 8: Evaluatie PRISMA in de organisatie

In deze fase (1-2 x per jaar) wordt de implementatie van PRISMA binnen de organisatie geëvalueerd. Succes- en faalfactoren worden besproken en oplossingen voor de knelpunten gezocht.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Uren per patiëntencursus	Uren	Gemiddeld
Geven training: Trainer 1 + Trainer 2	7 (x2)	14
Vorbereiding: Trainer 1 + Trainer 2	1-4,5 gem. 2,1 (x2)	4,3
Nabespreking: Trainer 1 + Trainer 2	0,5-1,5 gem 0,9 (x2)	1,8
Coördinatie	1-5,6	2,8
Totaal		22,9 uur

Overige kosten per patiëntencursus	Kosten	Gemiddeld
Ruimtehuur	0-100	47,5
Catering	0-75	28,8
Drukwerk	0-200	122,8
Overige (flapover, plakband, briefwerk)	55-65	49,00
Totaal		248,00

Alle kosten per patiëntencursus	
Totaal uurloon (22,9 uur a 55 euro p/u)	1259,50
Totale kosten per training	248,00
Totaal	1507,50

Kostprijs per deelnemer	
Gemiddeld aantal deelnemers per groep (o.b.v. implementatie-onderzoek)	8
Totale kosten per deelnemers	187,27

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Aard

Bij het ontstaan van diabetes type 2 spelen zowel genetische als omgevingsfactoren een rol. Pathofysiologisch wordt de ontwikkeling van diabetes mellitus type 2 gekenmerkt door 2 verschijnselen: onvoldoende insulinesecretie door bètaceldisfunctie en insulineresistentie in lever-, spier- en vetweefsel. Dit laatste is bekend als het insulineresistentie syndroom of metabool syndroom, een cluster van metabole en hemodynamische afwijkingen met als kenmerken: een grote middelomvang (centrale adipositas), verhoogde bloeddruk, (licht) verhoogde bloedglucose- en insulinewaarden, verhoogde triglyceridenwaarden en verlaagde HDL-cholesterolwaarden (NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, derde herziening).

Ernst

In 2016 waren er 1.084.100 miljoen Nederlanders met diabetes (<https://www.volksgezondheidszorg.info.nl>, CBS gezondheidsenquête). Diabetes komt in bijna alle leeftijdsgroepen meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Negen op de tien mensen met diabetes hebben diabetes type 2. In 2016 zijn 73.900 nieuwe patiënten met diabetes bij de huisarts gediagnosticeerd (<https://www.volksgezondheidszorg.info.nl>, NIVEL Zorgregistraties eerste lijn). Uit bevolkingsonderzoek Nederland de Maat Genomen (2009/2010) kwam naar voren dat 25% van de mensen tussen 30-70 jaar niet bekend was met het hebben van diabetes (<https://www.volksgezondheidszorg.info.nl>, Blokstra et al., 2011). 750.000 Nederlanders lopen groot risico om diabetes te krijgen: ze hebben een verstoorde suikerhuishouding. Van hen krijgt een derde binnen zes jaar diabetes (Diabetes Fond, 2018).

Spreiding

In Nederland komt diabetes vaker voor bij mensen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst dan bij de autochtone bevolking (NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, derde herziening). Ook is er een hogere prevalentie onder mensen met een lagere sociaaleconomische status (NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, vierde herziening).

Gevolgen

De gevolgen op langer termijn voor diabetes type 2 zijn groot. Bij diabetes type 2 treden vaak macro- en microvasculaire complicaties op door schade aan bloedvaten en zenuwweefsel, zoals hart- en vaatziekten (hartinfarct, beroerte, doorbloedingsstoornissen van de benen), diabetische retinopathie (blindheid, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen) (<https://www.volksgezondheidszorg.info.nl>). Verder hebben mensen met diabetes type 2 een hogere kans om te overlijden dan mensen zonder diabetes (<https://www.volksgezondheidszorg.info.nl>, LASA studie).

In 2016 was doodoorzaak nummer een in Nederland kanker (148.997 mensen, 30%) en nummer twee hart- en vaatziekten (38.613 mensen, 26%). Onder de groep overige doodsoorzaken valt onder andere diabetes mellitus (2.889 mensen, 2%).

In de ranglijst van ziekten die de meeste ziektelast met zich meebrengen staan ischemische hartziekten op nummer een (260.200 DALY's) en beroerte en diabetes mellitus op respectievelijk plaats 2 en 3 (resp. 228.300 en 188.900 DALY's) (<https://www.volksgezondheidszorg.info.nl>).

In 2011 bedroegen de kosten van diabeteszorg bijna 1,7 miljard euro. Het betreft hierbij de zorg voor diabetes type 1 en type 2. In totaal maakten de kosten voor diabeteszorg 1,9% uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland (<https://www.volksgezondheidszorg.info>).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Een ongezonde leefstijl (ongezonde voeding, te weinig beweging, roken) geeft een groter risico op het ontstaan van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten en de complicaties hiervan.

Andersom, een gezonde leefstijl (gezonde voeding, voldoende beweging, stoppen met roken, voldoende ontspanning) verlaagt het risico op het ontstaan van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten en voorkomt dan wel vertraagt het optreden van complicaties en sterfte. Een gezonde leefstijl heeft namelijk een positief effect op de risicofactoren. Het zorgt voor een verlaging van de bloeddruk en de bloedglucosewaarden, een betere lipidenspiegel, een gezonder (lager) lichaamsgewicht en/of middelomtrek en een betere stemming en meer ontspanning (NHG-Standaard diabetes type 2, vierde herziening, NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, 2012, Zorgstandaard Cardiovasculair risicomanagement, deel 1 zorgverleners 2013, Rapport stress en hart- en vaatziekten, Harteraad, 2014).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Risicofactoren van diabetes type 2 bestaan uit niet-beïnvloedbare (leeftijd, geslacht, genetische aanleg) en beïnvloedbare factoren (bloeddruk, bloedglucose- en lipidenwaarden, roken, lichaamsgewicht/middelomtrek, lichamelijke activiteit). Beïnvloedbare factoren zijn door veranderingen in de leefstijl te beïnvloeden; minder of anders eten, meer lichaamsbeweging, niet roken, minder alcoholgebruik en medicatie-inname zoals voorgeschreven en hulp vragen. PRISMA zet hier op in om het risicoprofiel positief te beïnvloeden en daarmee op langer termijn het risico op ziekte en/of complicaties te verkleinen.

Om weloverwogen keuzes te maken in de leefstijl is zelfmanagement educatie nodig (ZME) (NICE, 2003, NHG-Standaard diabetes type 2, vierde herziening). Zelfmanagementeducatie (ZME) richt zich op het zo effectief mogelijk aanbieden van informatie en het versterken van de intrinsieke motivatie en probleemoplossende vaardigheden die de patiënt in staat stellen om op adequate wijze zelfstandig om te gaan met de diabetes en hieruit voortvloeiende lichamelijke en psychosociale consequenties (Jarvis e.a. 2010, NDF 2011).

PRISMA is een zelfmanagement educatie programma gebaseerd op het DESMOND programma uit Groot-Brittannië dat is onderbouwd met een viertal gedragswetenschappelijke theorieën: Self-Regulation Theory (Leventhal, 1984), Self Determination Theory (Deci, 2000), Social Learning Theory (Bandura, 1977) en Dual Process Theory (Chaiken, 1996). Deze theorieën richten zicht op de opvattingen en ideeën (beliefs), intrinsieke motivatie, self efficacy en de wijze van educatie van de deelnemers.

Bij PRISMA wordt ook gebruikt gemaakt van het Health Action Procees Approach model (HAPA, Schwarzer 2011) dat gebaseerd is op social learning theorieën en als theoretisch framework bruikbaar is als zowel een continue als een gefaseerde model voor gezondheidsgedrag bij onderzoek (Heideman, 2012 en 2015) en interventie. HAPA identificeert 3 key-determinanten: risicoperceptie, uitkomstverwachtingen en self-efficacy, die alle drie de intentie (motivatie) beïnvloeden. Om de intentie vervolgens om te zetten naar de daadwerkelijk gewenste verandering van gedrag en het volhouden van dit gedrag, dient een actieplan te worden opgesteld (action en coping planning).

Het HAPA model heeft 5 principes:

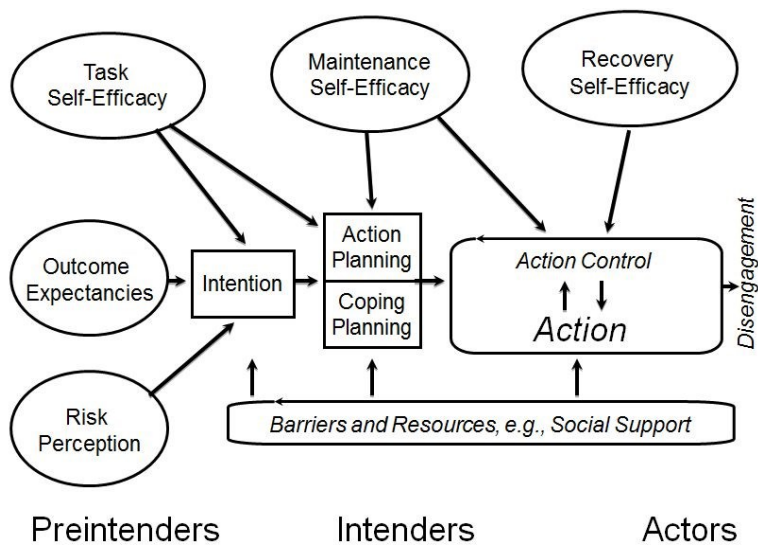
1: in het proces van gedragsverandering zijn twee fasen te onderscheiden: 1) de motivatiefase (mensen ontwikkelen hun intentie) en 2) de volitatiefase (mensen zetten hun intentie om naar het gewenste gezondheidsgedrag). De determinanten in de motivatiefase zijn: risicoperceptie, uitkomstverwachting, (task)self-efficacy met intentie als mediator. De determinanten van de volitatie fase zijn: (action en coping) planning, (coping en recovery) self efficacy, action control en social support.

2: De volitatiefase bestaat uit twee subgroepen: mensen die hun intentie nog niet om hebben gezet in gedrag (intenders) en mensen die dat wel al hebben gedaan (actors). De totale groep kan daarmee in drie subgroepen worden ingedeeld die verschillen in mind-set: pre-intenders, intenders en actors.

3 en 4: de groep intenders zijn gemotiveerd om te veranderen, maar missen nog de vaardigheden om hun intentie om te zetten naar actie. Planning is daarbij een belangrijke strategie, onder te verdelen in: action planning (waar, wanneer en hoe?) en coping planning (leren omgaan met barrières en verleidingen, alternatieve acties bedenken).

5: de aard van de self-efficacy verschilt per subgroep afhankelijk van de uitdagingen die overwonnen moeten worden om de volgende fase te bereiken. Self-efficacy is onderverdeeld in: task self-efficacy (vertrouwen in eigen kunnen om gezondheidsgedrag te kunnen toepassen), coping self-efficacy (vertrouwen in eigen

kunnen om gedrag uit voeren bij ervaren hindernissen), en recovery self-efficacy (vertrouwen in eigen kunnen om gewenst gedrag weer op te pakken bij terugval). PRISMA richt zicht is op de groep pre-intenders en intenders.



Bron: HAPA model, Schwarzer, 2011.

Hieronder volgt een korte samenvatting van de vier gedragswetenschappelijke theorieën waarop DESMOND dus PRISMA zijn gebaseerd.

Self-Regulation Theory (Leventhal, 1984)

Deze theorie gaat in op de individuele opvattingen en ideeën (beliefs) die mensen kunnen hebben over ziekte of risico op ziekte (risicoperceptie) en de invloed van hun gedrag daarop (uitkomstverwachting). Mensen blijken een diversiteit aan opvattingen te hebben over hun (risico op) ziekte die bepalend zijn voor de manier waarop ze ermee omgaan. Deze opvattingen staan lang niet altijd gelijk aan de medische opvattingen. In PRISMA tijdens de onderdeel 'Het eigen verhaal', maar ook bij de theorie- en spelonderdelen komen de ideeën en kennis van de deelnemers aan het licht en kunnen eventuele misvattingen worden uitgesproken en worden herzien.

Deze theorie sluit aan bij de volgende subdoelen:

Risicoperceptie:

- De deelnemer weet wat de oorzaken, symptomen, risicofactoren en gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop.
- De deelnemer weet van de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag.
- De deelnemer is zich bewust van zijn eigen gezondheidsprofiel.

Uitkomstverwachting:

- De deelnemer weet welke leefstijlgedragingen op gebied van voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie, roken, gebruik van alcohol, ontspanning en en/of hulp vragen, de relevante risicofactoren kunnen beïnvloeden.
- De deelnemer is zich bewust van wat hij/zij zelf concreet kan veranderen in zijn/haar leefstijlgedrag om het verloop van de ziekte of risico daarop positief te beïnvloeden.

Self Determination Theory (Deci, 2000)

Deze theorie benadrukt het verschil tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Extrinsieke motivatie betekent iets doen om externe redenen (bloedglucose meten omdat de arts dan vraagt). Intrinsieke motivatie betekent iets doen vanuit interne redenen, voor jezelf (bloedglucose prikken omdat je benieuwd bent naar de invloed van beweging). Deze vorm van motivatie is een belangrijke voorspeller gebleken voor adequate zelfzorg, afvallen en een goede diabetesinstelling (Skinner 2008). Om de intrinsieke motivatie te bevorderen worden de deelnemers gestimuleerd hun eigen gezondheidsprofiel te onderzoeken en in kaart te brengen. Inzicht in de eigen risico's leidt automatisch tot de vraag: wat kan ik hieraan doen?

Deze theorie sluit aan bij het doel:

Intentie:

Aan het eind van de cursus heeft de deelnemer *de intentie* om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voedingspatroon, activiteitenpatroon, therapietrouw of (professionele) ondersteuning en heeft hiervoor een persoonlijk actieplan opgesteld (*planning*).

Social Learning Theory (Bandura, 1977)

Deze theorie gaat er van uit dat mensen leren in de sociale driehoek: persoon, gedrag en omgeving. Gedrag wordt bepaald door de verwachtingen die iemand heeft van een bepaald gedrag en de verwachting die men heeft of hij/zij in staat is een bepaald gedrag uit te voeren (self-efficacy). Een belangrijk aspect van de theorie is dat mensen kunnen leren doordat zij het gedrag uit voeren en de gevolgen ondervinden.

De boodschap van de PRISMA cursus is dan ook dat elke positieve verandering in gedrag, hoe klein ook, winst oplevert voor de gezondheid. Door kleine, haalbare doelen op te stellen, wordt de kans op succes vergroot en wat een positief effect kan hebben of het vertrouwen in eigen kunnen (self-efficacy) van de deelnemer om verder te gaan met zijn/haar veranderingen in leefstijlgedrag.

Deze theorie komt terug in het doel:

Self-efficacy (task, coping)

- *De deelnemer voelt zich in staat om zijn/haar actieplan de aankomende drie maanden vol houden.*
- *De deelnemer voelt zich in staat om hindernissen bij de uitvoering van het actieplan in te schatten en haalbare oplossingen te bedenken.*

Dual Process Theory (Chaiken, 1996)

De vierde theorie heeft betrekking om de wijze van educatie. Bij de meeste vormen van educatie neemt de patiënt een passieve rol in: luisterend naar de hulpverlener die iets verteld. De Dual Process Theory benadrukt juist de actieve betrokkenheid van de patiënt bij het leerproces. Dit betekent dat de trainers door het geven van gedoseerde informatie maar vooral door het stellen van vragen de patiënten activeren de aangeboden informatie te verwerken. Informatie die op deze wijze wordt verkregen, blijkt beter te worden onthouden en is beter bestand tegen invloeden van tegenstrijdige informatie. Hoe meer de deelnemers zelf aan het woord zijn en hoe meer verbanden ze leggen met zijn eigen ervaringen en handelen, hoe meer er gebeurt in de kennis en het gedrag naderhand (Skinner e.a., 2008).

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Zie tabel: Factoren, doelen, onderbouwing en vertaling in het PRISMA programma (bijlage).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

IMPLEMENTATIE PRISMA DIABETES

A. Zelfmanagement groepseducatie (PRISMA) in de eerstelijnszorg voor mensen met type 2 diabetes, een implementatie onderzoek. S. Bader e.a. Diabetes Psychology Research Group, VU medisch centrum. Intern rapport, oktober 2015.

Deel van deze resultaten zijn gepubliceerd als artikel: Gestructureerd aanbieden zelfmanagement educatie bij diabetes niet vanzelfsprekend. S. Bader. De eerstelijns, 2016.

B. In 2012 is een driejarige implementatiestudie gestart waarbij het PRISMA programma is geëvalueerd op: patiëntniveau, trainersniveau en zorggroepniveau met als onderzoeksvraag: Wat is nodig om PRISMA succesvol te implementeren in de eerstelijns zorg, zodat de beoogde positieve effecten op zelfmanagement en gezondheidsuitkomsten bij patiënten kunnen worden bereikt?

Er zijn 299 patiënten die deelname aan PRISMA in 7 zorggroepen in Nederland een jaar lang gevolgd. Er zijn 75 trainers ondervraagd, 50 praktijkobservatie geanalyseerd en de implementatie bij de zeven zorggroepen is geëvalueerd.

C: PRISMA wordt hoog gewaardeerd (8,2 rapportcijfer) door de deelnemers. Voor de meeste deelnemers is het belangrijkste reden om mee te doen aan de cursus om meer informatie te krijgen over diabetes (32,2%), de eigen rol als patiënt leren kennen en/of vergroten (25,6%) en leren de leefstijl te veranderen (17,6%). 19,3% heeft geen doel te benoemen voor de cursus.

Het PRISMA programma (inhoud en vorm) wordt positief beoordeeld door de hulpverleners die erin getraind zijn. De PRISMA methodiek (vragen stellen i.p.v. vertellen, deelnemers stimuleren om zelf na te denken, interactie creëren in de groep) wordt door de trainers in de praktijk goed toe gepast. De PRISMA train-de-trainercursus lijkt cursisten daarop goed voor te bereiden. De inhoud en de vorm van deze train-de-trainerscursus wordt positief beoordeeld door de cursisten. De barrières voor het goed uitvoeren van de PRISMA cursus liggen bij de trainers vooral op gebied van de tijdsinvestering. Succesfactoren zijn: voldoende draagvlak en enthousiasme binnen de zorggroep, financiering voor PRISMA en een goede coördinatie tijdens de implementatie (aanstellen coördinator).

PRISMA PREVENTIE DIABETES (DiAlert)

A. DiAlert: a prevention program for overweight first degree relatives of type 2 diabetes patients: results of a pilot study to test feasibility and acceptability. W. Heideman e.a.. Trials 2012, 13:178.

B. Het doel van de pilotstudie was om de haalbaarheid, de geschiktheid en de acceptatie te onderzoeken van PRISMA preventie diabetes dat zich richt op mensen met overgewicht die een eerstegraads familielid zijn van een patiënt met diabetes type 2.

22 Familieleden deden mee aan de pilot. Gegevens over haalbaarheid, geschiktheid en acceptatie zijn verzameld met behulp van vragenlijsten bij deelnemers en trainers, observaties van de trainers en flap-overs gemaakt tijdens het educatieprogramma.

C: Op basis van de pilot is geconcludeerd dat de interventie haalbaar was. De deelnemers bespraken hun zorgen en vragen over hun risico op diabetes. De interventie had geen negatief effect op gevoelens van

controle en zorgen over het persoonlijke risico op diabetes. Op basis van de pilot waren geen verder aanpassingen aan de interventie nodig.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

PRISMA DIABETES: VOEDINGSINTAKE

A. Effects of the PRo-active Interdisciplinary Self-MAnagement (PRISMA, Dutch DESMOND) program on dietary intake in type 2 diabetes outpatients: a pilot study. Leibbrandt, A. e.a. (2010). *Clin Nutr.* 29(2):199-205.

B. In deze pilotstudie is de voedingsintake van deelnemers met overgewicht aan het PRISMA groepseducatieprogramma onderzocht.

Alle patiënten met diabetes type 2 op de polikliniek van VU medisch centrum met een BMI van >25kg/m², werden geïncludeerd. Op baseline en na 3, 6 en 12 maanden zijn macronutriënten inname, antropometrie, biomedische en psychologische uitkomstmaten verzameld en geëvalueerd middels Generalized Estimation Equations.

Er zijn 38 patiënten geïncludeerd waarvan bij 22 patiënten de follow up na 1 jaar nog is verzameld.

C. Na 6 maanden waren de energie en macronutriënten inname significant lager dan bij baseline. Opvallend was dat na 12 maanden er nog een significante vermindering in inname van eiwitten, onverzadigd vet en vezels en borderline significantie voor energie en verzadigd vet. Het programma werd door de deelnemers positief geëvalueerd.

Het PRISMA programma reduceert de inname van macronutriënten tot 6 maanden na de cursus. Na 6 maanden is extra aandacht nodig voor de productkeuze van de deelnemers, dit om het langer termijn effecten verder te verbeteren. Deze pilotstudie laat zien dat het PRISMA programma mogelijkheden biedt tot het verminderen van voedingsinname bij nieuw gediagnosticeerde en al bestaande diabetes type 2 bij mensen met overgewicht in de tweedelijnszorg.

PRISMA DIABETES: PATIENT UITKOMSTMATEN

A. Zelfmanagement groepseducatie (PRISMA) in de eerstelijnszorg voor mensen met type 2 diabetes, een implementatie onderzoek. Bader, S. e.a. (2015). Diabetes Psychology Research Group, VU medisch centrum. Intern rapport.

B: De driejarige implementatiestudie naar PRISMA diabetes had als sub-onderzoeksvraag: Welke veranderingen worden geobserveerd op medische en antropometrische uitkomsten, zelf-gerapporteerd zelfzorggedrag, patiënt percepties en welbevinden 3, 6 en 12 maanden na afronden van de PRISMA cursus ten opzichte van baseline?

Gegevens van 299 patiënten zijn verzameld over: socio-demografische en medische gegevens, gezondheidsprofiel (HbA1c, cholesterol, bloeddruk, gewicht en/of BMI, lengte en wel/niet roken), zelfzorggedrag (intake, beweging en voetcontrole), kwaliteit van leven, emotioneel welbevinden, opvattingen over en emotionele belasting van diabetes, vertrouwen in eigen kunnen, en verwachtingen van de PRISMA cursus.

C: De uitgangswaarden voor HbA1c en bloeddruk bleken al goed bij baseline. Er werden hierin, net als bij BMI, geen significante veranderingen in gezien. Deelnemers geven aan zich vaker aan een dieet te houden, meer te bewegen, vaker hun voeten te controleren en vaker aan zelfcontrole te doen (bij insulinegebruik).

Alleen bij beweging is een terugval te zien tussen 6 en 12 maanden na de cursus. Ziekteperceptie van de deelnemers (over het hebben van diabetes) wordt beter. Deelnemers geven een duidelijker beeld te hebben van diabetes ($P=.000$). Ook geven de deelnemers vaker aan dat ze diabetes een ernstige ziekte vinden ($P=.000$). Het idee dat de eigen aanpak bepalend kan zijn wordt groter na de cursus ($P=.000$). 90 % van de deelnemers heeft een doelstelling op het gebied van 1 van de risicofactoren rond diabetes 3 maanden na de cursus.

PRISMA diabetes creëert voorwaarden voor mensen om eigen keuzes te laten maken op het gebied van leefstijl en omgang met ziekte en deze gedraging na PRISMA uit te voeren.

PRISMA DIABETES: WELBEVINDEN

A. Does low well-being modify the effects of PRISMA (Dutch DESMOND), a structured self-management-education program for people with type 2 diabetes? Vugt, M. van, e.a. (2016). *Prim Care Diabetes*: 10(2):103-10.

B. Diabetes self-management educatie verbetert gedragsmatige en klinische uitkomsten bij mensen met diabetes type 2. Toch is er maar weinig bekend over de effecten ervan op het welbevinden van de deelnemer. Dit is relevant gezien de hoge prevalentie van stemmingsstoornissen bij diabetes type 2. In deze studie is gekeken of een verlaagd welbevinden het effect van de PRISMA zelfmanagement groepseducatie beïnvloed.

In de observationele studie worden in totaal 297 deelnemers aan PRISMA in de eerste lijn gevolgd met metingen op baseline en op 3, 6 en 12 maanden na de cursus. De patiënten werden verdeeld in 2 groepen: deelnemers met verlaagd welbevinden ($n=63$) en die met een normaal welbevinden ($n=234$). Verlaagd welbevinden was gedefinieerd als een verlaagde stemming ($WHO-5 < 50$) en/of verhoogde diabetes disstress ($PAID-5 > 8$). De uitkomstmaten waren vertrouwen in eigen kunnen (CIDS), ziekte perceptie (IPQ) en diabetes zelfzorgactiviteiten (SDSCA).

C. Verbeteringen zijn gevonden ziekteperceptie ($b=1.586$, $p < 0.001$), aanpassen van dieet ($b=1.508$, $p=0.001$), voetzorg ($b=0.678$, $p=0.037$), volhouden van dieet ($b=1.140$, $p=0.001$), en het creëren van een persoonlijk actieplan ($b=0.405$, $p=0.007$). Interactie met stemming werd gevonden om aanpassen van dieet ($p=0.009$), volhouden van dieet ($p=0.022$), en maken van een persoonlijk actieplan ($p=0.002$). PRISMA zelfmanagementeducatie lijkt even effectief voor mensen met normaal welbevinden als voor mensen met een verlaagd welbevinden. Verder onderzoek kan uitwijzen of de extra aandacht voor stemming en diabetes disstress als onderdeel van zelfmanagement educatie het hebben van een gezond welbevinden kan bevorderen of behouden.

PRISMA PREVENTIE DIABETES (DiAlert): EFFECTIVITEIT

A. Diabetes risk reduction in overweight first degree relatives of type 2 diabetes patients: effects of a low-intensive lifestyle education program (DiAlert): A randomized controlled trial. Heideman, W.H. e.a. (2015). *Patient Educ Couns*: 98(4):476-83.

B: De effectiviteit is onderzocht van het laag intensieve gestructureerde leefstijl educatieprogramma PRISMA preventie diabetes dat gericht is op het verlagen van het risico op diabetes bij mensen met overgewicht en een eerstegraads familielid met diabetes type 2. Het doel van het programma is bereiken van gewichtsverlies door veranderingen in de leefstijl.

De doelgroep werd gerandomiseerd in de interventiegroep (PRISMA preventie diabetes groep/DiAlert) ($N=45$) dan wel in de controlegroep die een brochure ontving ($N=51$). PRISMA diabetes bestaat uit 2 groepsbijeenkomsten en nieuwsbrieven. Op baseline, 3 maanden en 9 maanden na de interventie werden gewichtsverlies gemeten. Secundaire uitkomstmaten waren: antropometrische gegevens, metabole gegevens, gedragsmatige en psychologische aspecten (HAPA-model).

C: Beide groepen lieten een gewichtsverlies zien, zonder significant verschil tussen de groepen. Wel hadden significant meer deelnemers uit de interventiegroep 5% gewichtsverlies dan de in de controlegroep ($P < 0.05$). Ook was er significante verbetering van de middelomvang bij de interventiegroep (interventiegroep: -4.33cm , $P < 0.01$ / controle: -1.25cm , $P=0.08$). De systolische bloeddruk verbeterde bij de interventiegroep (interventiegroep: -8.77mmHg , $P < 0.01$ / controle: -1.03mmHg , $P=0.60$). Er waren geen verschillen in biomedische of psychologische uitkomsten.

PRISMA preventie diabetes (DiAlert) is een laagintensief gestructureerd leefstijl educatieprogramma en helpt bij het verminderen van de middelomtrek en het bereiken van relevant gewichtsverlies.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

Inhoudelijke (theoretische) werkzame elementen

- gebaseerd op een heldere filosofie en vier theoretische gedragstheorieën.
- actieve betrokkenheid van de deelnemer bij het leerproces door het geven van gedoseerde informatie maar vooral door het stellen van vragen om de deelnemers te activeren de aangeboden informatie te verwerken.
- opsporen en herzien van misvattingen. In 'Mijn eigen verhaal' en tijdens de theoretische onderdelen en de voedings- en beweegspellen onderzoekt de deelnemer zijn ideeën en kennis (beliefs) over zijn/haar ziekte, oorzaken, symptomen, risicofactoren, gevolgen ervan op langer termijn en welk gedragingen kunnen bijdragen aan een vermindering van het risico erop. Eventuele misvattingen daarin komen tijdens deze onderdelen aan het licht en kunnen omgebogen worden naar juiste (medische wetenschappelijke) informatie.
- stimuleren van interne motivatie door de deelnemers hun eigen risico's op ziekte en/of complicaties te laten onderzoeken door het invullen van 'Mijn gezondheidsprofiel' ('hoe sta ik ervoor?').
- stimuleren van vertrouwen in eigen kunnen (self-efficacy) om een haalbaar actieplan op te stellen voor de aankomende 3 maanden door het benadrukken van de boodschap dat elke positieve verandering, hoe klein ook, winst oplevert voor de gezondheid en dat terugval een onderdeel is van het veranderingsproces.

Praktische (uitvoering) werkzame elementen

- Compact zelfmanagement educatieprogramma in 2 dagdelen gebaseerd op de generieke PRISMA methodiek, inhoudelijk afgestemd op de doelgroep.
- Organisaties hebben behoefte aan patiëntgerichte aanpak en zelfmanagement educatieprogramma voor hun doelgroepen
- Implementatie van PRISMA is te overzien qua organisatie en qua kosten (ondanks gebrek aan structurele financiering).
- Train-de-trainers cursus.
- Ondersteunde up-to-date materialen voor trainers en deelnemers, zowel in drukwerk als online.
- Kwaliteitsborgingsysteem.
- Patiënten ervaren steun en herkenning in de PRISMA groep.
- PRISMA wordt hoog gewaardeerd op zowel inhoud, vorm als toepasbaarheid in het eigen leven door patiënten en trainers.
- PRISMA methodiek wordt na de cursus ook toegepast in de individuele consulten en heeft een online vervolg via www.prismacursus.nl
- PRISMA kan gebruikt worden als start programma waarna de deelnemers kunnen kiezen uit lokale initiatieven of aanvullende leefstijlprogramma's om hun actieplan uit te voeren.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Bader, S. (2016). Gestructureerd aanbieden zelfmanagement educatie bij diabetes niet vanzelfsprekend. *De eerstelijns*, februari.

Bader, S. (2015). Zelfmanagement groepseducatie (PRISMA) in de eerstelijnszorg voor mensen met type 2 diabetes, een implementatie onderzoek. Diabetes Psychology Research Group, VU medisch centrum. Intern rapport.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Engelwood Cliffs, N.J.; Prentice hall.

Chaiken, S., Wood W., Eagly, A. (1996). Principles of persuasion. E.T. Higgins, A.W. Kruglanski. In: *Social Psychology: Handbook of Basic Principles (702-44)*. New York: Guilford Press.

Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000). The support of autonomy and the control of behavior. E.T. Higgins, A.W. Kruglanski. In: *Motivational Science: Social and Personality Perspectives (128-46)*. Eds. Philadelphia: Psychology Press.

Davies, M., Heller, S., Skinner, T., Campbell, M., Carey M., Cradock, S. (2008). Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ*: 2008;36:491-5.

DESMOND website: www.desmond-project.org.uk

Gillett, M., Dallosso, H.M., Dixon, S., Brennan, A., Carey, M.E., Campbell, M.J., Heller, S., Khunti, K., Skinner, T.C., Davies, M.J. (2010). Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis. *BMJ*: 341:c4093.

Heideman W.H., Wit, M. de, Middelkoop, B.J.C., Nierkens, V., Stronks, K., Verhoeff, A.P., Snoek, F.J. (2012). DiAlert: a prevention program for overweight first degree relatives of type 2 diabetes patients: results of a pilot study to test feasibility and acceptability. *Trials*:13:178.

Heideman W.H., Wit, M. de, Middelkoop, B.J., Nierkens, V., Stronks, K., Verhoeff, A.P., Snoek, F.J. (2015). Diabetes risk reduction in overweight first degree relatives of type 2 diabetes patients: effects of a low-intensive lifestyle education program (DiAlert): A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*: 98(4):476-83.

Leibbrandt, A.J., Kieffe-de Jong, J.C., Hogenelst, M.H.E., Snoek, F.J., Weijs, P. (2010). Effects of the Pro-active Interdisciplinary Self-Management (PRISMA, Dutch DESMOND) program on dietary intake in type 2 diabetes outpatients: A pilot study. *Clinical Nutrition*: 29:199-205.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., Steele, D.J., Taylor, S.E., Slinger, J.E. (1984). Illness representation and coping with health threats. A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer. In: *Handbook of Psychology and Health, volume IV: Social Psychological Aspects of Health (219-52)*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Skinner, T.C., Carey, M.E., Cradock, S., Daly, H., Davies, M.J., Doherty, Y., Heller S, Khunti, K., Oliver, L. (2006). Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed (DESMOND): process modelling of pilot study. *Patient Educ Couns*: 64:369-377.

Skinner, T.C., Cradock, S., Arundel, F. and Graham, W (2003). Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectr* 16:75.

Skinner, T.C., Carey, M.E., Cradock, S., Dallosso, H.M., Daly, H., Davies, M.J., Doherty, Y., Heller, S., Khunti, K., Oliver, L (2008). 'Educator talk' and patient change: some insights from the DESMOND (Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed) randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*: 25:1117-1120.

Schwarzer, R. Lippke, S. (2011). Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*: Vol. 56, No. 3, 161–170

Vugt, M. van, Wit, M. de, Bader, S., Snoek, F.J. (2016). Does low well-being modify the effects of PRISMA (Dutch DESMOND), a structured self-management-education program for people with type 2 diabetes? *Prim Care Diabetes*: 10(2):103-10.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

De zorg voor mensen met diabetes kenmerkte zich bij de huisartsenpraktijken die aangesloten waren bij de zorggroep door individuele consulten door voornamelijk de praktijkondersteuner. Er werd te weinig doorverwezen naar de diëtist volgens de zorggroep.

De zorggroep had het idee opgevat om praktijken te gaan faciliteren in manieren om het zelfmanagement te verbeteren van de patiënten met diabetes type 2. De zorgmanager kreeg de taak om relevante interventies te vinden die zouden passen binnen de bestaande zorgstructuren. Ook ging ze in gesprek met de praktijken om hun behoefte te inventariseren.

In de praktijken was weinig tijd om echt de diepte in te gaan met de patiënt. De consultduur was daarvoor te kort en in deze tijd moest al zo veel gebeuren. De praktijkondersteuners ervaarde hoge werkdruk en ze hadden moeite met patiënten die maar niet in beweging kwamen. Niets leek te helpen. De diëtisten waren zeer welwillend om meer patiënten te zien, maar volgens de praktijkondersteuners was er een groep mensen die de diëtist niet wilde bezoeken.

De zorggroep vond PRISMA, gaf een workshop over PRISMA tijdens een bijscholing en de eerste positieve reacties kwamen. De zorggroepen heeft in eerste instantie 4 hulpverleners (2 praktijkondersteuners en 2 diëtisten) de train-de-trainercursus aangeboden als pilot. Ze zouden samen 8 cursussen gaan geven in het volgende jaar gericht op mensen met diabetes. Als de resultaten positief zouden zijn, zouden er meer trainers opgeleid gaan worden. Ze zijn begonnen in de eigen praktijken waar de trainers zelf werkten.

De trainers ervaarden het geven van PRISMA als zeer positief. De groepsdynamiek bleek een meerwaarde. Quote trainer: "Wat me opviel is het gebrek aan kennis en de misvattingen die er zijn. Dat was een 'eye-opener'. Wat me ook opviel is dat de deelnemers wel heel graag willen, er is veel meer motivatie om de gezondheid te verbeteren dan ik dacht!"

Er werd besloten om elke patiënten cursus niet getrainde collega's uit te nodigen om erbij te zijn, om kennis te maken met PRISMA en de patiënten eens van een andere kant te zien.

PRISMA bleek bij de trainers ook verandering te brengen in hun bestaande werkzaamheden:

- "Ik pas PRISMA ook toe in de individuele consulten. Ik stel meer vragen en ga er niet meer vanuit dat mensen de nodige kennis al hebben. Ook kan ik beter helpen om voorgenomen acties concreet te maken en haalbaar."
- "Ik merk dat ik collega's op een ander manier heb leren kennen en we werken daardoor leuker en beter samen"
- "Het geeft me veel meer werkplezier en voldoening, dan alleen maar het draaien van individuele spreekuren!"

De deelnemers aan de cursussen bleken veel meer interesse te hebben in voeding dan werd gedacht, meer dan de helft van de actieplannen ging over verandering van voedingsgewoonten. De contacten tussen de praktijkondersteuners en diëtisten verbeterden en verwijzingen naar de diëtist namen toe.

Naar aanleiding van deze positieve pilot van 8 patiëntcursussen, waar ook de deelnemers zelf de cursus hoog waardeerden zijn er een in company training aangevraagd en gegeven om nog eens 12 hulpverleners te trainen (ook praktijkondersteuners en diëtisten).

De 16 trainers in totaal worden nu in de gehele regio ingezet om PRISMA te geven aan diabetes patiënten. De coördinatie gebeurt vanuit de zorggroep. Die plant de cursussen, voorziet in alle voorwaarden, stuurt uitnodigingsbrieven en zorgt dat alles klaar staat.