

PRISMA focus op zelfzorg (preventie) hart- en vaatziekten

Werkblad beschrijving interventie

Juni 2020

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Diëtetiek en Voedingwetenschappen
Postadres: Kamer ZH 4A 11, Postbus 7057
1007 MB Amsterdam
E-mail: prisma@vumc.nl
Telefoon: 020- 44 43410

Website (van de interventie):

www.focusopzelfzorg.nl (voor zorgverleners)
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- 44 43410

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Sabine de Groot en Suzanne Bader
Titel interventie: PRISMA focus op zelfzorg, (preventie) hart- en vaatziekten
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.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	25
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	25
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	26
5. Samenvatting Werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28
7. Praktijkvoorbeeld	31

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 zorgverleners getraind in de PRISMA methodiek, in meer dan 30 instellingen in Nederland en op Aruba.

PRISMA kan gegeven worden over preventie van hart- en vaatziekten of over hart- en vaatziekten (na een hartinfarct).

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: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, alcoholgebruik, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen, en daarvoor een concreet, persoonlijk actieplan op te stellen met SMART-doelen.

De PRISMA filosofie gaat er vanuit dat het individu zelf verantwoordelijk is voor de keuzes in zijn/haar leefstijl, en dat elke verandering daarin, groot of klein, winst op levert voor de gezondheid en aanzet tot nieuwe actie.

Doelgroep – max 50 woorden

PRISMA is gericht op mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (geïndiceerde preventie) of mensen met hart- en vaatziekten (na hartinfarct) (zorggerelateerde preventie), die nog niet of al wel de intentie hebben om hun gedrag te gaan veranderen, die de Nederlandse taal beheersen en in een groep kunnen functioneren. Voor beide doelgroepen is een specifieke PRISMA trainershandleiding beschikbaar gebaseerd op de generieke PRISMA methodiek en inhoudelijk afgestemd op de doelgroep.

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: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen, en heeft hiervoor een concreet, persoonlijk actieplan opgesteld.

Aanpak – max 50 woorden

PRISMA: twee groepsbijeenkomsten (à 2,5-3,5 uur) waarbij deelnemers actief betrokken worden bij eigen leerproces, kennis opdoen, vaardigheden aanleren, inzicht krijgen in hun risicoprofiel, gestimuleerd worden in leefstijlkeuzes, interne motivatie en self-efficacy, en kunnen oefenen met opstellen van persoonlijk actieplan (met SMART-doelen). Inhoud cursus: 'Mijn eigen verhaal', 'theorie en spellen', 'het gezondheidsprofiel' en 'mijn persoonlijk actieplan'. Houding van trainer: open, respectvol en empathisch.

Materiaal – max 50 woorden

Voor trainers: trainershandleiding (PRISMA methodiek en filosofie plus specifiek draaiboek van de cursus), wervingsmaterialen, evaluatieformulieren en website: <http://www.focusopzelfzorg.nl/>. Er zijn twee draaiboeken: preventie hart- en vaatziekten en hart- en vaatziekten (na hartinfarct).

Voor deelnemers: 'Mijn persoonlijk actieplan' (samenvatting van cursus, gezondheidsprofiel en actieplan), evaluatieformulieren en website: <http://www.prismacursus.nl/>. Er zijn twee 'Mijn persoonlijk actieplannen': preventie hart- en vaatziekten en hart- en vaatziekten.

Onderbouwing – max 150 woorden

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Een ongezonde leefstijl (ongezonde voeding, te weinig lichaamsbeweging, roken, overmatig alcoholgebruik, stress) geeft een groter risico op het ontstaan van hart- en vaatziekten en de complicaties hiervan.

Andersom, een gezonde leefstijl (gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging, stoppen met roken, minder alcoholgebruik, voldoende ontspanning) verlaagt het risico op het ontstaan hart- en vaatziekten en de complicaties en sterfte. Om weloverwogen keuzes te maken in de leefstijl is zelfmanagement educatie nodig. PRISMA is een compact zelfmanagement educatieprogramma gebaseerd op DESMOND (Groot-Brittannië) dat is onderbouwd met een viertal gedragswetenschappelijke theorieën: Self-Regulation Theory (Leventhal et al., 1984), Self Determination Theory (Deci & Ryan, 2000), Social Learning Theory (Bandura, 1977) en Dual Process Theory (Chaiken et al., 1996).

PRISMA richt zich op de intentie van gedragsverandering via het vergroten van risicoperceptie, uitkomstverwachting en self-efficacy. Om de intentie vervolgens om te zetten naar de gewenste gedragsverandering, wordt een actieplan opgesteld (Health Action Process Approach model, Schwarzer et al., 2011).

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).

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 bedoeld voor mensen meteen verhoogd risico op hart- en vaatzieken of met hart- en vaatziekten (na hartinfarct), die nog geen intentie (pre-intenders) of al wel intentie (intenders) hebben om hun leefstijlgedrag te veranderen, die voldoende de Nederlandse taal beheersen en in een groep kunnen functioneren.

Voor deze twee groepen zijn twee verschillende trainershandleidingen beschikbaar. 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' is bedoeld voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in de eerstelijnszorg (geïndiceerde preventie). 'PRISMA hart- en vaatziekten' is bedoeld voor mensen met hart- en vaatziekten na hun hartinfarct en is geschikt als informatiemodule van de hartrevalidatie binnen het ziekenhuis, uitgebreid met behandeling en gevolgen van hart- en vaatziekten (zorggerelateerde preventie)

(<http://www.volksgezondheidszorg.info>).

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?

Alle PRISMA cursussen zijn bedoeld voor mensen met (een verhoogd risico op) leefstijl gerelateerde ziekten die nog geen intentie (pre-intenders) hebben of wel al intentie (intenders) hebben om hun leefstijlgedrag te veranderen, die voldoende de Nederlandse taal beheersen en in een groep kunnen functioneren.

Deelnemers voor 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' worden geselecteerd en geworven in de eerste lijn door de huisartsenpraktijk of zorggroep op basis van risicofactoren: mensen met een hoog ($\geq 5\%$ en $<10\%$) tot zeer hoog risico ($\geq 10\%$) op sterfte door hart- en vaatziekten in tien jaar (45-70 jaar) (SCORE-risicotabel, NHG-standaard CVRM, 2019).

NB: Mensen met diabetes type 2 die op grond van deze ziekte een (zeer) verhoogd risico ($\geq 5\%$ en $<10\%$ of $\geq 10\%$) hebben op hart- en vaatziekten, komen in aanmerking 'PRISMA diabetes'. De inhoud van 'PRISMA diabetes' is meer afgestemd op deze doelgroep. Het gaat over diabetes én het verhoogde risico op hart- en vaatziekten.

Deelnemers voor 'PRISMA hart- en vaatziekten' worden geselecteerd en geworven in de tweede lijn op de afdeling Cardiologie van het ziekenhuis op basis van de aanwezigheid van hun hartziekte (hartinfarct). 'PRISMA hart- en vaatziekten' kan de binnen de hartrevalidatie de informatiemodule vervangen.

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 groepseducatieprogramma voor zelfmanagement voor mensen met diabetes, DESMOND (Skinner et al., 2003). DESMOND heeft een duidelijke filosofie, is onderbouwd met vier gedragswetenschappelijke theorieën (Bandura, 1977, Leventhal, Nerenz, Steele, Taylor & Slinger, 1984, Chaiken et al., 1996, Deci & Ryan (2000)). DESMOND is gebleken (kosten)effectief (Skinner et al., 2008, Davies et al., 2008, Gillett et al., 2010, Chatterjee et al., 2018). In 2004 is DESMOND vertaald naar de Nederlands setting door het Diabetes Team VUmc uit behoefte aan een gestructureerde, evidence-based methodiek voor zelfmanagement in groepsverband bij patiënten met diabetes type 2.

In 2015 ontstond er vanuit patiënten (Harteraad), betrokken zorgverleners (praktijkondersteuners, verpleegkundigen, huisartsen, diëtisten, platform Vtale vaten), zorggroepen die al 'PRISMA diabetes' gaven en zorgverzekeraar Zilveren Kruis/Achmea behoefte aan een zelfmanagement groepseducatieprogramma gericht op zowel preventie als behandeling van leefstijl gerelateerde ziekte.

In project PRISMA Generiek (samenwerking VUmc en Zilveren Kruis, 2016-2017) is de PRISMA methodiek geschikt gemaakt voor gebruik voor andere doelgroepen. Generieke componenten komen in elke cursus terug ('risicofactoren', 'het gezondheidsprofiel' en 'het actieplan') maar de inhoud gericht op (preventie) van hart- en vaatziekten werd nieuw ontwikkeld in samenwerking met zorgverleners van de afdeling Cardiologie van VUmc (verpleegkundige, psycholoog, diëtist en fysiotherapeut). 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' is geëvalueerd in een pilotstudie (procesevaluatie) om te kijken of de nieuwe inhoud aansloot bij behoefte en verwachtingen van doelgroep (deelnemers) en zorgverleners (trainers) (zie onderdeel 4.1: Onderzoek naar de uitvoering). Hierbij kwam naar voren dat het programma en de inhoud van de cursus goed afgestemd zijn op de zorgen, de brandende vragen en het medisch profiel van de deelnemers. De cursus werd zeer goed geëvalueerd door de deelnemers en was goed uitvoerbaar en haalbaar voor trainers in de praktijk.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Hoofddoel van PRISMA:

Aan het eind van de PRISMA cursus heeft de deelnemer de intentie om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen, en heeft hiervoor een concreet, persoonlijk actieplan opgesteld (met SMART-doelen).

De PRISMA filosofie gaat er vanuit dat het individu zelf verantwoordelijk is voor de keuzes in zijn/haar leefstijl, en dat elke verandering daarin, groot of klein, winst op levert voor de gezondheid en aanzet tot nieuwe actie. Er ligt daarom niet vast hoe groot de verandering in de leefstijl 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 (deelnemers):

Risicoperceptie:

1. De deelnemer weet wat de oorzaken, symptomen, risicofactoren en gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop.
2. De deelnemer herkent de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag.
3. De deelnemer weet hoe hij/zij er voor staat op de relevante risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, middelomtrek/BMI, lichaamsbeweging, roken, alcohol, stemming en stress).

Uitkomstverwachting:

4. De deelnemer weet welke leefstijlgedragingen op gebied van voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen, de relevante risicofactoren kunnen beïnvloeden.
5. 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)

6. De deelnemer voelt zich in staat om zijn/haar leefstijlgedrag te gaan veranderen op één van de volgende gebieden: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning.
7. De deelnemer voelt zich in staat om deze verandering in leefstijlgedrag de aankomende drie maanden vol houden.
8. De deelnemer voelt zich in staat om hindernissen bij de uitvoering van deze verandering in leefstijl in te schatten en haalbare oplossingen te bedenken.

Subdoel van PRISMA trainers:

1. De trainers zijn in staat om zelfmanagementvaardigheden aan te leren bij de PRISMA deelnemers

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.

Fase	Kernactiviteiten van de organisatie die PRISMA wil gaan geven
Kennismaken	Kennismaken met PRISMA
Oriëntatie (Go/No go)	Inventariseren of er voldoende interesse, draagvlak en financiële middelen zijn om PRISMA te implementeren binnen de eigen organisatie. Indien een 'Go': door naar de volgende fase.
Vorbereiding	Organiseren van PRISMA in de lokale setting: vastleggen ambitie en doelstellingen, regelen financiën, vastleggen doelgroep (inclusiecriteria) en weringsstrategieën, in beeld brengen Sociale Kaart, informeren zorgverleners over PRISMA, aanstellen coördinator (met taakomschrijving). Coördineren eerste PRISMA cursus (voorwaarden creëren): opleiden trainers en regelen cursusmaterialen.
Uitvoering	Coördineren elke PRISMA cursus: regelen cursuslocatie, cursusdata, catering, beschikbare trainers en cursusmaterialen, werven deelnemers, en inplannen en informeren deelnemers. Geven van cursus 'PRISMA hart- en vaatziekten' of 'PRISMA preventie van hart- en vaatziekten' aan deelnemers door twee PRISMA trainers.
Evaluatie	Evalueren van de uitvoering van 'het persoonlijk actieplan' met de deelnemer door de (huis)arts, verpleegkundige en/of praktijkondersteuner tijdens de reguliere consulten (< drie maanden na PRISMA). En deze wijzen op het beschikbare lokale en landelijke aanbod van (bewezen effectieve) interventies (www.loketgezondleven.nl) en organisaties/praktijken op het gebied van Zorg en Welzijn (Sociale Kaart) ter ondersteuning van het uitvoeren van het 'persoonlijk actieplan' en de gewenste gedragsverandering.
Nazorg	Evalueren van de PRISMA cursus door de PRISMA trainers (zie: 2 Kwaliteitsbewaking). Evalueren van de implementatie van PRISMA door de organisatie (bepalen evaluatiemomenten, benoemen en vastleggen succes- en faalfactoren, bedenken van oplossingen voor knelpunten).

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.

Na positieve **kennismaking** met PRISMA, kan de organisatie intern inventariseren of voorwaarden voor implementatie van PRISMA aanwezig zijn (**oriëntatie**). Bij een 'Go', start het organiseren van PRISMA in de lokale setting (**voorbereiding**) (zie ook: 1.3 Aanpak/opzet):

- vastleggen ambitie en doelstellingen, regelen financiën, vastleggen doelgroep (inclusiecriteria) en weringsstrategieën (via individuele consulten, wervingsbrief/mail, telefoon en/of aankondigingen in wachtkamer), in beeld brengen Sociale Kaart, informeren zorgverleners over PRISMA en aanstellen coördinator (met taakomschrijving).
- coördineren eerste PRISMA cursus: trainers opleiden (zie: 2 Uitvoering/opleiding en competenties) en regelen cursusmaterialen (zie: 2 Uitvoering/materialen).

Uitvoering

- de PRISMA coördinator regelt voor iedere cursus: cursuslocatie, cursusdata, catering en beschikbare trainers en cursusmaterialen, werving, planning en informatievoorziening (locatie en tijden) deelnemers .
- 'PRISMA preventie van hart- en vaatziekten' (2 x 2,5 uur) en 'PRISMA hart- en vaatziekten' (2 x 3,5 uur) worden gegeven door twee PRISMA trainers aan 8-12 deelnemers (met eventuele partners en/of naasten). Tussen de twee dagdelen zit een week.
- elke PRISMA cursus is opgebouwd uit dezelfde onderdelen, ongeacht (risico op het) ziektebeeld: 'Mijn eigen verhaal', 'Theorie en spellen', 'Mijn gezondheidsprofiel' en 'Mijn persoonlijk actieplan'.

Programma PRISMA cursus

Dagdeel	PREVENTIE HART- EN VAATZIEKTEN	HART- EN VAATZIEKTEN
1	Introductie	Introductie
	Mijn eigen verhaal	Mijn eigen verhaal
	Hart- en vaatziekten (theorie)	Hart- en vaatziekten (theorie)
	De kans op hart- en vaatziekten (theorie)	De behandeling van hart en vaatziekten (theorie)
		Hart in beweging (theorie)
	Stress (theorie)	Stress (theorie)
	Zout (voedingsspel)	Zout (voedingsspel)
	Hoe sta ik er voor?	Hoe sta ik er voor?
2	Terugblik dagdeel 1	Terugblik dagdeel 1
		Gevolgen van een hartinfarct (theorie)
	Risicofactoren: bloeddruk, cholesterol en roken (theorie)	Risicofactoren: bloeddruk, cholesterol en roken (theorie)
	Risicofactoren: gewicht en lichaamsbeweging (theorie en voedings- en beweegspel)	Risicofactoren: gewicht, lichaamsbeweging (theorie en voedings- en beweegspel) en stemming (theorie)
	Mijn gezondheidsprofiel	Mijn gezondheidsprofiel
	Mijn persoonlijk actieplan	Mijn persoonlijk actieplan
	Afronding en brandende vragen	Afronding en brandende vragen
Tijd (uur)	2 x 2,5	2 x 3,5

'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:

- 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 hart- en vaatziekten') wordt nog verder uitgevraagd bij de deelnemers:

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

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

'Theorie en spellen'

Aanbod komen (theorie): fysiologie, symptomen, oorzaken, complicaties en risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, BMI/middelomvang, lichaamsbeweging, roken, alcohol gebruik en/of stemming/stress en de invloed van het eigen gedrag). Bij risicofactoren wordt uitgebreid ingegaan op: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen. Door middel van het stellen van (open)vragen door trainers, wordt informatie door de deelnemer zelf verzameld en legt deze verbanden met eigen situatie en eigen gedrag. Misvattingen worden opgespoord en omgebogen naar juiste informatie. De 'juiste' informatie wordt opgeschreven op de flap-over.

Elk dagdeel bevat een voeding- en/of beweegspel (ongeveer 30 minuten). Bij de voedings spellen ('het 100 kcal spel' en 'het Zoutspel') wordt in gegaan op voedingswaarden (energie en zout) van voedingsmiddelen en bij beweegspel ('het 100 kcal beweegspel') op energieverbruik van verschillende beweegactiviteiten. Bij deze spellen worden kennis vergroot over welke keuzes gemaakt kunnen worden in eigen voedings- en bewegingspatroon om verloop van ziekte en risicofactoren te beïnvloeden.

'Mijn gezondheidsprofiel'

De deelnemer wordt gevraagd om zijn/haar eigen gezondheidsprofiel van de relevante risicofactoren in te vullen op 'Mijn gezondheidsprofiel' (inhoudelijk afgestemd op ziekte of risico daarop). Biomedische gegevens zijn van te voren opgezocht door trainer in medische dossier of door deelnemer zelf. Middelomtrek kan ter plekke op gestandaardiseerde wijze gemeten worden m.b.v. meetlint. Stemmingvragenlijst (alleen bij 'PRISMA hart- en vaatziekten') is al door de deelnemer thuis ingevuld, eindscore wordt ter plekke ingevuld. Door het invullen van dit formulier ziet de deelnemer dan hoe hij/zij ervoor staat. Weten hoe je ervoor staat, stimuleert om na te denken over: Wat kan ik hier zelf aan doen? (stimuleren intrinsieke motivatie).

'Mijn persoonlijk actieplan'

Bij het theoretisch onderdeel gedragsverandering wordt de 'cirkel van gedragsverandering' besproken (cirkel komt overeen met de fasen van gedragsverandering binnen motivational interviewing). De deelnemer herkent in welke fase hij/zij zelf zit en wat er nodig is om naar de volgende fase te komen. Ook worden hindernissen en terugval besproken als onderdeel van het veranderingproces, evenals de boodschap is dat elke (kleine) verandering al winst oplevert voor de gezondheid. In de fase 'voorbereiding' wordt geoefend met het maken van een persoonlijk actieplan met SMART-doelen (Specifiek, Meetbaar, Actiegericht, Realistisch en Tijdgebonden). De deelnemer formuleert hierbij de intentie om zijn/haar leefstijlgedrag de aankomende drie maanden te veranderen op één van de volgende gebieden: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen.

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

- Aan welke risicofactor ga ik werken?:
 - Bloeddruk verlagen
 - Cholesterol verlagen
 - Middelomtrek/BMI verlagen
 - Meer lichaamsbeweging

- Stoppen met roken
- Stemming verbeteren
- Wat ga ik doen? Hoe ga ik dit doen? Wanneer, hoe vaak en hoe lang ga ik dit doen? Wie of wat heb ik daarbij nodig? Wat heb ik nodig om te starten? Wanneer ga ik starten? (action planning) En welke hindernissen kan ik tegen komen en welke oplossingen kan ik hiervoor bedenken? (coping planning)

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'.

De deelnemer wordt gevraagd om na te denken over: voorwaarden om dit actieplan uit te voeren, mogelijke hindernissen die kunnen optreden bij de uitvoering, en oplossingen over hoe hiermee om te gaan (coping planning). De deelnemer vult antwoorden in op het actieplan. Daarna wordt de deelnemer gevraagd om 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 is dan 7 is, wordt de deelnemer gevraagd wat hij kan veranderen in het actieplan om er een 7 of hoger van te maken.

Als laatste bespreekt de trainer het vervolg na PRISMA: de deelnemer gaat zelf aan de slag met de uitvoering van zijn/haar 'persoonlijk actieplan'; zelfstandig (individueel) en/of door hulp te vragen/zoeken bij lokale of landelijke organisaties/praktijken op gebied van Zorg en Welzijn (Sociale Kaart).

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

Evaluatie

Na de PRISMA cursus evalueert de (huis)arts, verpleegkundige en/of praktijkondersteuner de uitvoering van 'het persoonlijk actieplan' tijdens reguliere consulten (< drie maanden na PRISMA). Zij ondersteunen en stimuleren deelnemers door de PRISMA methodiek ook door te zetten tijdens individuele consulten (zie een voorbeeld in trainershandleiding). Tevens wijzen zij deelnemers op het beschikbare lokale en landelijke aanbod van (bewezen effectieve) interventies (www.loketgezondleven.nl) en organisaties/praktijken op het gebied van Zorg en Welzijn (Sociale Kaart) ter ondersteuning van het uitvoeren van het 'persoonlijk actieplan' en de gewenste gedragsverandering.

De deelnemer kan op later moment nogmaals (zelf of met zorgverlener) 'het gezondheidsprofiel' en/of 'mijn persoonlijk actieplan' online invullen (<http://www.prismacursus.nl/>).

Nazorg

Na PRISMA evalueren trainers de gegeven cursus (zie: 2 Uitvoering/kwaliteitsbewaking) en de organisatie de implementatie van PRISMA (hoe en wanneer? Wat zijn succes- en faalfactoren? Zijn er oplossingen voor de knelpunten?).

9. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Deelnemers aan PRISMA

Uitvoering:

- 'Mijn persoonlijk actieplan' bestaat uit: samenvatting van de cursus, 'het gezondheidsprofiel' en 'het actieplan'. De samenvatting is te downloaden via de website en 'Het gezondheidsprofiel' en 'het actieplan' zijn te bestellen via de website voor professionals: <http://www.focusopzelfzorg.nl/>
- Er zijn twee 'Mijn persoonlijk actieplannen: preventie hart- en vaatziekten en hart- en vaatziekten.
- Website voor deelnemers: <http://www.prismacursus.nl/> bestaande uit drie onderdelen: interactief educatieprogramma over risicofactoren van leefstijl gerelateerde ziekten of risico daarop, 'het gezondheidsprofiel' en 'het actieplan'.

Evaluatie:

- Formulier voor evaluatie PRISMA (zie: 2 Uitvoering/kwaliteitsbewaking en <http://www.focusopzelfzorg.nl/>)

PRISMA trainers

Uitvoering:

- Trainershandleiding van PRISMA bestaande uit:
 - 1: Generieke handleiding: beschrijving van de oorsprong, theoretische onderbouwing, filosofie, vervolg na PRISMA in de spreekkamer, kwaliteitsborging en implementatie in eigen praktijk.
 - 2: Specifiek draaiboek afgestemd op doelgroep: beschrijving van de cursus (twee dagdelen) in detail en rol van de trainer.
- Er zijn twee draaiboeken: preventie hart- en vaatziekten en hart- en vaatziekten.
- De cursist ontvang een trainershandleiding tijdens PRISMA train-de-trainer; anderen te bestellen via <http://www.focusopzelfzorg.nl/>
- Website voor zorgverleners <http://www.focusopzelfzorg.nl/> met informatie over: PRISMA, train-de-trainer (aanmelden, kosten, locatie) en materialen (welke en hoe te bestellen?)
- Voedings- en beweegspellen

Werving:

- Materialen voor werving van deelnemers zijn op te vragen via prisma@vumc.nl

Evaluatie:

- Formulieren voor kwaliteitsborging (zie: 2 Uitvoering/kwaliteitsbewaking en <http://www.focusopzelfzorg.nl/>)

Docenten van PRISMA train-de-trainer cursus

Uitvoering:

- Docenthandleiding: beschrijving van tweedaagse train-de-trainercursus (zie: 2 Kwaliteitsbewaking).

Werving:

- <http://www.focusopvoeding.nl/>: inhoudelijke, praktische en financiële informatie over PRISMA train-de-trainer.

Evaluatie:

- Evaluatieformulier voor cursisten na afloop aan PRISMA train-de-trainer.

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 in Nederland en op Aruba die 'PRISMA diabetes' aanbieden. Dit zijn grote zorggroepen maar ook kleinere huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en thuiszorginstellingen. Bijna de helft hiervan gebruikt nu ook 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten'. Alleen instellingen betrokken bij de doelgroep, zullen deze PRISMA cursus aanbieden.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

De PRISMA docenten leiden (huis)artsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten en psychologen op tot PRISMA trainer middels de train-de-trainer cursus. De PRISMA trainers (uitvoerders) geven PRISMA in de eigen organisatie aan deelnemers.

PRISMA train-de-trainer cursus:

- voorwaarde om PRISMA te mogen geven
- tweedaagse training (17 contacturen) en 3 uren voorbereidingstijd aan 8-14 zorgverleners
- gegeven door twee PRISMA docenten (in VUmc of als in company op eigen locatie)
- leidt op in de generieke PRISMA methodiek
- centraal staat het aanleren van vaardigheden bij zorgverlener, zodat deze zelfmanagementvaardigheden bij deelnemer kan aanleren
- inhoud: theorie en filosofie PRISMA, groot deel van de patiëntencursus, kwaliteitsborging, implementatie en het PRISMA-netwerk
- werkvormen: groepsgesprek, demonstratie, rollenspel, reflectie, actieve spelvorm en discussie
- zorgverlener heeft bij voorkeur minimaal 1 jaar relevante werkervaring met doelgroep
- organisatie laat minimaal twee PRISMA trainers opleiden (PRISMA wordt gegeven door twee trainers)

De PRISMA trainer is in staat om:

- een vertrouwelijke, veilige en respectvolle sfeer te creëren en de groepsdynamiek te stimuleren
- educatieproces te begeleiden door: gedoseerde informatie te geven, (open)vragen te stellen (i.p.v. vertellen), misvatting op te sporen, interne motivatie te stimuleren en het opstellen van een persoonlijk actieplan te begeleiden.
- de deelnemer te stimuleren en ondersteunen bij wat hij/zij beschouwt als de best mogelijke keuze voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven
- geen oordeel te hebben
- deelnemer veel aan het woord te laten
- boodschap uit te dragen dat elke verandering, hoe klein ook, al winst oplevert voor de gezondheid
- zijn/haar eerste PRISMA cursus te geven in eigen organisatie
- ook andere PRISMA draaiboeken te gebruiken (mits inhoudelijk betrokken bij doelgroep)

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

Het kwaliteitsborgingsysteem bestaat uit:

1: het volgen van PRISMA train-de-trainercursus

2: het geven van PRISMA cursussen

3: het evalueren van PRISMA cursussen (zichzelf en mede trainer, en door deelnemers) aan de hand van beschikbare formulieren (zie: 2 Uitvoering/materialen).

4: het aanvragen van observatie nadat trainer zo'n 3-4 keer PRISMA heeft gegeven bij PRISMA team (Amsterdam UMC, locatie VUmc) of bij ervaren trainer uit de buurt (minimaal 10 cursussen gegeven en zelf geobserveerd).

5: het observeren van PRISMA trainer door observator aan de hand van PRISMA Observatie Tool (POT): 1) het percentage van de inhoud wat wordt gesproken (norm >70%), 2) het aantal open/gesloten vragen, samenvattingen, gebruik van hulpmiddelen, en 3) de interactie tussen trainer en deelnemer in percentages aan het woord (norm varieert per onderdeel tussen 40-65%) (Skinner et al., 2008) (zie: 2 Uitvoering/materialen). Het doel van de observatie is het verder verbeteren van vaardigheden van trainer

(geen beoordeling). De observatie wordt schriftelijk vastgelegd (vast format), is bedoeld voor de geobserveerde en wordt verzameld door het PRISMA team. Zowel geobserveerde als observator kunnen certificaat krijgen voor kwaliteitsregister.

6: het organiseren van een terugkomdag/symposium voor PRISMA trainers (streven iedere twee jaar) om input te vragen over vernieuwingen of aanpassingen in het programma of nieuwe ontwikkelingen te delen.

7: het updaten van PRISMA materialen (elke twee jaar) op basis van nieuwste richtlijnen en ervaringen opgedaan in de praktijk. Communicatie vindt plaats middels PRISMA nieuwsbrieven (vier keer per jaar).

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

Uit implementatieonderzoek van PRISMA (Bader, 2016) 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

Het is belangrijk dat de reële kosten voor PRISMA inzichtelijk worden gemaakt. PRISMA wordt vaak gefinancierd vanuit pilotgelden, GEZ-gelden (tot voor kort) of uit de Ketenzorg CVRM. 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.

Na traject

Daarnaast is belangrijk dat de organisatie een beeld heeft van landelijke aanbod van (bewezen effectieve) interventies (www.loketgezondleven.nl) en organisaties/praktijken op het gebied van Zorg en Welzijn (Sociale Kaart) ter ondersteuning van het uitvoeren van 'mijn persoonlijk actieplan' van de deelnemers.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Het PRISMA team probeert zorgverleners en/of organisaties die PRISMA nog niet kennen of geven, kennis te laten nemen en geïnteresseerd te maken voor PRISMA d.m.v.:

- (wetenschappelijke) artikelen in tijdschriften gericht op doelgroep
- (poster)presentaties en workshops op symposia en congressen gericht op doelgroep
- nieuwsitems via media-kanalen van PRISMA en/of Amsterdam UMC of directe mailing naar beroepsverenigingen en tijdschriften

Het PRISMA team ondersteunt zorgverleners en/of organisaties die geïnteresseerd zijn in PRISMA en overwegen om PRISMA te gaan geven in de eigen organisatie op de volgende manieren:

- checklist op <http://www.focusopzelfzorg.nl> onder 'Trainer worden/implementatie', te gebruiken bij de implementatie (oriëntatie, voorbereiding, uitvoering, evaluatie en nazorg)
- kan bij vragen over implementatie van PRISMA benaderd worden voor een telefonisch of email overleg en/of workshop

Het PRISMA team ondersteunt zorgverleners en/of organisaties die PRISMA (gaan) implementeren op de volgende manieren:

- tijdens de PRISMA train-de-trainer wordt de implementatie in de eigen praktijk en de kwaliteitsbewaking van PRISMA met de cursisten besproken
- in de trainershandleiding zijn hoofdstukken opgenomen over de implementatie in de praktijk en over de kwaliteitsbewaking van PRISMA
- op <http://www.focusopzelfzorg.nl/> onder 'Trainer/toolkit' staan documenten voor de evaluaties van PRISMA cursussen
- observeert (op verzoek) PRISMA trainers in kader van kwaliteitsborging
- kan bij vragen over de implementatie van PRISMA benaderd worden voor een telefonisch of email overleg

Kosten – max 200 woorden

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

Overzicht van geschatte personele en materiële kosten implementatie PRISMA*.

Implementatie fase	Personele kosten (uren)	Opleidings kosten	Materiële kosten
Kennismaken:			
Oriëntatie (Go/No go):			
Vorbereiding:			
Lokale organisatie	Afhankelijk van de grootte van de implementatie		
Coördineren eerste PRISMA cursus (voorwaarden creëren)	30 € (0,5 uur a 60 €)		
PRISMA train-de-trainer** - per deelnemer - per team (in company) (max. 12 personen)	(20 uur)*** (20 uur x max. 12 = max. 240 uur)	795,00 € 7950,00 €	
Uitvoering (per cursus):			
Coördinatie	210,00 € (3,5 uur a 60 €)		
Twee PRISMA trainers - Voorbereiden en geven 'PRISMA hart- en vaatziekten' - Voorbereiden en geven 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten'	900,00 € (2 x (0,5 uur + 7 uur) a 60 €) 660,00 € (2 x (0,5 uur + 5 uur) a 60 €)		
Materialen (ruimtehuur, catering, drukwerk (patiënten- en trainersmaterialen), flapovers, plakband etc.)			Mede afhankelijk van wensen, voorkeuren en (financiële en praktische) mogelijkheden van organisatie
Evaluatie:			

Tijdens reguliere consulten	Reguliere consulten		
Nazorg:			
Evaluatie PRISMA cursus (door twee PRISMA trainers)	60 € (2 x 0,5 uur a 60 €)		
Evaluatie implementatie van PRISMA door organisatie	Afhankelijk van de grootte van de implementatie		

* Kosten (en uren) zijn een gemiddelde inschatting (gebaseerd op project PRISMA Generiek (Bader & De Groot, 2017) en implementatie onderzoek PRISMA diabetes (Bader, 2016)).

** Meer informatie over PRISMA train-de-trainer cursus: 2 Uitvoering/materialen en 2 Uitvoering/Opleiding en competenties van de uitvoerders en <http://www.focusopzelfzorg.nl/> (trainer worden).

*** De training bestaat uit 20 uur per persoon (twee trainingdagen (17 uur) en drie uren voorbereidingstijd).

10. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

Aard

Hart- en vaatziekten is een verzamelnaam voor een groot aantal aandoeningen die betrekking hebben op het hart en de bloedvaten: coronaire hartziekten, cerebrovasculaire aandoeningen (beroertes), hartfalen, perifere vaatlijden en atherosclerose, aangeboren hartafwijkingen, reumatische hartziekten en infectieuze hartziekten (Hartstichting, 2019, Volksgezondheidszorg.info, 2019).

Ernst

In 2018 waren er naar schatting ruim 1,6 miljoen personen met hart- en vaatziekten (coronaire hartziekten, beroerte, hartfalen, hartritmestoornissen, aandoeningen van het endocard (hartklepafwijkingen): 895.600 mannen en 752.400 vrouwen (105 per 1.000 mannen en 87 per 1.000 bij vrouwen). In vrijwel alle leeftijdsklassen zijn er relatief meer mannen dan vrouwen met een hart- en vaatziekte. De prevalentie van hart- en vaatziekten neemt sterk toe met de leeftijd. Bij personen jonger dan 50 jaar komen hart- en vaatziekten relatief gezien weinig voor (Volksgezondheidszorg.info, 2019, NIVEL, 2019).

Binnen de hart- en vaatziekten komen coronaire hartziekten zijn de meest voorkomende, gevolgd door cerebrovasculaire aandoeningen (beroertes). Zij vormen samen meer dan de helft van het totaal aantal hart- en vaatziekten (Volksgezondheidszorg.info, 2019).

Spreiding

In het westen van Nederland is de sterfte aan hart- en vaatziekten lager dan in de rest van het land (2013-2016) (Volksgezondheidszorg.info, 2019, CBS, 2019).

Gevolgen

In de periode 2013 t/m 2016 zijn in Nederland 154.300 mensen overleden aan ziekten van het hartvaatstelsel. Dit zijn jaarlijks gemiddeld 38.575 sterfgevallen. Daarmee is deze ziekte na kanker de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland (Volksgezondheidszorg.info, 2019, CBS, 2019).

In 2018 zijn in totaal 37.769 personen overleden aan hart- en vaatziekten in Nederland, 18.253 mannen en 19.516 vrouwen (213,4 per 100.000 mannen en 224,9 per 100.000 vrouwen). De sterfte aan hart- en vaatziekten per 100.000 personen neemt toe met de leeftijd (Volksgezondheidszorg.info, 2019).

Van een selectie van ziekten waarvoor de ziektelast in de Nederlandse bevolking is berekend, zijn coronaire hartziekten verantwoordelijk voor de meeste ziektelast uitgedrukt in het aantal Disability Adjusted Life Years (DALY's): 260.200 DALY's. Beroerte heeft een ziektelast van 228.300 DALY's (tweede plaats), hartfalen 71.600 DALY's (zestiende) en hartritmestoornissen 46.800 DALY's (tuintigste plaats) (Volksgezondheidszorg.info, 2019).

In 2017 bedroegen de totale uitgaven van de zorg aan patiënten met hart- en vaatziekten 10,2 miljard euro. De zorguitgaven voor hart- en vaatziekten namen 11,7% van de totale zorguitgaven voor de Nederlandse gezondheidszorg (88 miljard euro) in beslag (Volksgezondheidszorg.info, 2019).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Risicofactoren voor hart- en vaatziekten:

Ziekte gerelateerd:

- diabetes mellitus (verhoogd risico)
- reumatoïde artritis (idem)

Persoonsgebonden factoren:

- leeftijd (hogere leeftijd)
- geslacht (hoger risico voor mannen, toename risico voor vrouwen na de menopauze, toename risico door vrouwspecifieke risicofactoren (zwangerschapshypertensie, zwangerschapsdiabetes of vroege menopauze)

- familieanamnese (vader, moeder, broer of zus die op jonge leeftijd (< 65 jaar) een hart- en vaatziekte heeft (gehad))
- bloeddruk (verhoogd risico bij toenemende bloeddruk)
- lipidspectrum (toenemend risico bij verhoogd(e) cholesterolgehalte of verhouding totaal cholesterol/HDL cholesterol)
- overgewicht (hoge BMI, ongunstige vetverdeling)

Leefstijlfactoren:

- voeding (ongunstig voedingspatroon)
- lichamelijke activiteit (weinig bewegen)
- roken (roken)
- alcoholgebruik (hoge alcoholconsumptie)
- stress

(NHG-standaard CVRM, 2019, Volksgezondheidszorg.info, 2019).

Een gezonde leefstijl (gezonde voeding, voldoende beweging, stoppen met roken, minder alcohol gebruiken, voldoende ontspanning) heeft een positief effect op de risicofactoren (verlaging bloeddruk, betere lipidenspiegel, gezonder/lager gewicht en/of middelomtrek, betere stemming en meer ontspanning). Het draagt bij aan een verlaging van het risico op het ontstaan hart- en vaatziekten en voorkomt dan wel vertraagt het optreden van complicaties en sterfte (NHG-Standaard CVRM, 2019, Multidisciplinaire richtlijn CVRM, 2018, Harteraad, 2014).

De doelgroep heeft dus baat bij leefstijlaanpassingen, maar verandering in leefstijl is vaak lastig. Deze is meestal gebaseerd op langdurige gedragspatronen in stand gehouden door individuele en omgevingsfactoren (FMS richtlijn CVRM, 2019, Piepoli et al., 2016).

Individuele factoren:

- **Beliefs:** Mensen blijken een diversiteit aan individuele ideeën (beliefs) te hebben over de aard, oorzaak, gevolgen (risicoperceptie) en behandel-effecten (uitkomstverwachting). De kennis en opvattingen hierover zijn echter niet altijd juist of compleet en lang niet altijd gelijk aan de medische opvattingen (Hampson, 1997). Ze blijken wel zeer hardnekkig en bepalend te zijn voor de manier waarop mensen omgaan met hun ziekte of risico daarop (Self-Regulation Theory (Leventhal et al., 1984)).
- **Motivatie:** Excentrieke motivatie voor gedragsverandering blijkt een minder goede voorspeller te zijn voor adequate zelfzorg dan intrinsieke motivatie (Self Determination Theory (Williams et al., 1998, Deci & Ryan, 2000)).
- **Self-efficacy:** Eerdere, niet geslaagde, pogingen (ervaringen) tot gedragsverandering, beïnvloeden de self-efficacy (eigen-effectiviteitsverwachting) voor het (gaan) uitvoeren van het gewenste gedrag (Social Learning Theory (Bandura, 1977)).

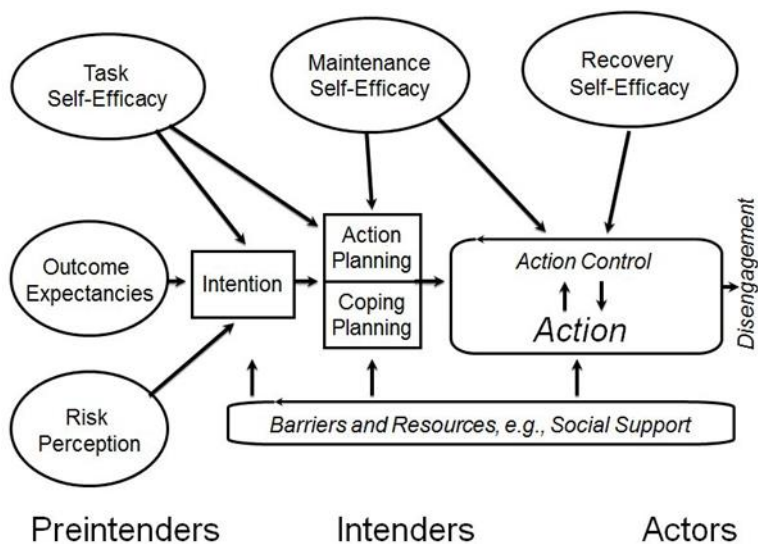
Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

Om weloverwogen keuzes te maken in de leefstijl, is focus op het vergroten van zelfmanagementvaardigheden van de patiënt en de mate waarin zorgverleners daaraan kunnen bijdragen, belangrijk (NHG-Standaard CVRM, 2019, FMS richtlijn CVRM, 2019, Piepoli et al., 2016).

PRISMA maakt gebruik van het Health Action Proces Approach model (HAPA, Schwarzer et al., 2011), een sociaal-cognitief gedragsverandering model met drie key-determinanten: risicoperceptie, uitkomstverwachtingen en (task en maintenance) self-efficacy, die alle drie de intentie beïnvloeden. Om intentie om te zetten naar gewenst gedrag, is planning een belangrijke strategie (action en coping planning). PRISMA richt zich op: 'pre-intenders' en 'intenders' (mensen met nog geen of al wel intentie tot gedragsverandering).



Bron: HAPA model (Schwarzer et al., 2011).

Factor	(Sub)doelen
Risico-perceptie	1. De deelnemer weet wat de oorzaken, symptomen, risicofactoren en gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop.
	2. De deelnemer herkent de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag.
	3. De deelnemer weet hoe hij/zij er voor staat op de relevante risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, middelomtrek/BMI, lichaamsbeweging, roken, alcohol, stemming en stress).
Uitkomst-verwachting	4. De deelnemer weet welke leefstijlgedragingen op gebied van voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen, de relevante risicofactoren kunnen beïnvloeden.
	5. 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 en maintenance)	6. De deelnemer voelt zich in staat om zijn/haar leefstijlgedrag te gaan veranderen op één van de volgende gebieden: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen.
	7. De deelnemer voelt zich in staat om deze verandering in leefstijlgedrag de aankomende drie maanden vol houden.
	8. De deelnemer voelt zich in staat om hindernissen bij de uitvoering van deze verandering in leefstijl in te schatten en haalbare oplossingen te bedenken.
Intentie (motivatie)	9. 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: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen.
Planning (action en coping planning)	10. Aan het eind van de cursus heeft de deelnemer een concreet, persoonlijk actieplan opgesteld (met SMART-doelen).

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Verantwoording – max 1000 woorden

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

In onderstaande tabel wordt per factor weer gegeven wat de (sub)doelen zijn, de aanpak binnen PRISMA om deze (sub)doelen te bereiken, en de onderbouwing. In de tekst onder tabel volgt een toelichting op de onderbouwing.

Tabel: factor, (sub)doel, aanpak binnen PRISMA en de onderbouwing.

Factor	(Sub)doelen	Aanpak PRISMA	Onderbouwing
Risico-perceptie	<p>1. De deelnemer weet wat de oorzaken, symptomen, risicofactoren en gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop.</p> <p>2. De deelnemer weet van de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag.</p>	<p>Bij aanvang van de cursus ('Mijn eigen verhaal') vragen de trainers aan de deelnemer wat volgens hem/haar: de symptomen waren bij ontdekken van de diabetes, wat zijn/haar behandeling is, wat de mogelijke oorzaken zijn, de gevolgen op langere termijn, en of hij/zij zorgen heeft over het hebben van diabetes. Antwoorden worden letterlijk opgeschreven op de flapovers.</p> <p>Ook bij de theoretische en praktische onderdelen onderzoeken de trainers welke ideeën, kennis en opvattingen (misvattingen) er zijn bij de deelnemers over: oorzaken, symptomen, risicofactoren, gevolgen op langere termijn (complicaties) zijn van de ziekte of het risico daarop, en over de relatie tussen emoties (stemming, stress) en gedrag. Tijdens deze onderdelen geven de trainers groepseducatie over deze onderwerpen. 'Juiste' informatie/antwoord wordt opgeschreven op de flapovers.</p>	<p>Ideeën en opvattingen van mensen die leidend zijn voor gedrag (Self-regulation theory, Leventhal et al., 1984).</p> <p>Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).</p>
	<p>3. De deelnemer weet hoe hij/zij er voor staat op de relevante risicofactoren (bloeddruk, cholesterol, middelomtrek/BMI, lichaamsbeweging, roken, alcohol, stemming en stress).</p>	<p>Het inzicht bij de deelnemer over hoe hij/zij er voor staat op de risicofactoren, wordt vergroot door de deelnemer zelf het formulier 'Mijn gezondheidsprofiel' in te laten vullen (visuele (stoplicht) en numerieke classificering). Weten hoe je er voor staat op de risicofactoren, prikkelt de vraag: wat kan ik er zelf aan doen? (intrinsieke motivatie)</p>	<p>Ideeën en opvattingen van mensen die leidend zijn voor gedrag (Self-regulation theory, Leventhal et al., 1984).</p> <p>Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).</p>
Uitkomst-verwachting	<p>4. De deelnemer weet welke leefstijlgedragingen op gebied van voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken,</p>	<p>Bij de theoretische onderdelen onderzoeken de trainers welke ideeën, kennis en opvattingen (misvattingen) er zijn bij de deelnemers over welke leefstijlgedragingen van invloed</p>	<p>Ideeën en opvattingen van mensen die leidend zijn voor gedrag (Self-regulation theory, Leventhal et al., 1984).</p>

	gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen, de relevante risicofactoren kunnen beïnvloeden.	kunnen zijn op de relevante risicofactoren. Tijdens deze onderdelen geven de trainers groepseducatie over leefstijlgedragingen. Met de groep samen worden acties (gedragingen) bedacht die de risicofactoren positief kunnen beïnvloeden. Juiste informatie/antwoord wordt opgeschreven op de flapovers.	Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).
	5. De deelnemer is zich bewust van wat hij/zij zelf concreet kan veranderen in zijn/haar voeding en/of beweeggedrag om het verloop van de ziekte of risico daarop positief te beïnvloeden	Bij de praktische voedings- en bewegsspellen kan de deelnemer zelf oefenen in het maken van eigen keuzes in zijn/haar voedings- en bewegingspatroon om het verloop van de ziekte of risico daarop positief te beïnvloeden. De trainers stimuleren de deelnemer hierbij.	Ideeën en opvattingen van mensen die leidend zijn voor gedrag (Self-regulation theory, Leventhal et al., 1984). Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).
Self-efficacy (task en maintenance)	6. De deelnemer voelt zich in staat om zijn/haar leefstijlgedrag te gaan veranderen op één van de volgende gebieden: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, gebruik van alcohol, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen. 7. De deelnemer voelt zich in staat om deze verandering in leefstijlgedrag de aankomende drie maanden vol houden. 8. De deelnemer voelt zich in staat om hindernissen bij de uitvoering van deze verandering in leefstijl in te schatten en haalbare oplossingen te bedenken.	Bij het theoretisch onderdeel gedragsverandering geven de trainers groepseducatie over de fasen van gedragsverandering (hindernissen en terugval horen daarbij) en over het belang van het formuleren van kleine, haalbare doelen. De boodschap is dat elke (kleine) verandering al winst oplevert voor de gezondheid. Door het invullen van het formulier 'Mijn persoonlijk actieplan' wordt de deelnemer gestimuleerd om na te denken over wat hij/zij wil gaan veranderen in de leefstijl, wanneer, wat of wie daarvoor nodig is, en welke hindernissen er kunnen zijn en hoe daarmee om te gaan. Deelnemers kunnen plannen in de groep bespreken en van elkaar leren. De haalbaarheid van het plan voor de aankomende drie maanden, wordt getoetst door de deelnemer een rapportcijfer te laten geven. Indien lager dan een 7, wordt de deelnemer gevraagd het plan bij te stellen zodat het een 7 of hoger wordt.	Self-efficacy belangrijk voor uitvoeren gedragsverandering (Bandura, 1977, Bandura, 1997, Schwarzer et al., 2011). Concrete, haalbare doelen stellen positief effect op self-efficacy. (Bandura, 1986). Vorbereiden gedragsverandering (HAPA-model, Schwarzer et al., 2011) Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).
Intentie (motivatie)	9. 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: voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken,	Bij aanvang van de cursus ('Mijn eigen verhaal') vragen de trainers aan de deelnemer wat zijn/haar reden (motivatie) is om deel te nemen aan de cursus. Antwoorden worden genoteerd op de flapover. Door het invullen van het formulier 'Mijn gezondheidsprofiel', wordt de intrinsieke motivatie van de deelnemer gestimuleerd. Als je	Intrinsieke motivatie is belangrijke voorspeller gebleken voor adequate zelfzorg (Williams et al., 1998, Self determination theory, Deci & Ryan, 2000). Vorbereiden gedragsverandering (HAPA-model, Schwarzer et al., 2011).

	ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen.	begrijpt wat je eigen risico is, prikkelt dat de vraag: wat kan ik er zelf aan doen? Om de intentie (motivatie) tot gedragsverandering verder te concretiseren, vragen de trainers de deelnemer om na te denken over welke risicofactor hij/zij wil gaan werken en dit te noteren op het formulier 'Mijn persoonlijk actieplan'.	Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).
Planning (action en coping planning)	10. Aan het eind van de cursus heeft de deelnemer een persoonlijk actieplan opgesteld (met SMART-doelen)	Om de kans op daadwerkelijke gedragsverandering te vergroten, stimuleren de trainers de deelnemer om zijn/haar intentie tot gedragsverandering om te zetten in een concreet, persoonlijk actieplan met SMART-doelen. De trainers vragen de deelnemer om het formulier 'Mijn persoonlijk actieplan' in te vullen: Wat ga ik doen? Hoe ga ik dit doen? Wanneer, hoe vaak en hoe lang ga ik dit doen? Wie of wat heb ik daarbij nodig? Wat heb ik nodig om te starten? Wanneer ga ik starten? (action planning) En welke hindernissen kan ik tegen komen en welke oplossingen kan ik hiervoor bedenken? (coping planning)	Om intentie om te zetten naar gewenst gedrag, is planning een belangrijke strategie (HAPA model, Schwarzer et al., 2011). Concrete, haalbare doelen stellen (Piepoli et al., 2016, Artinian et al., 2010). Wijze van educatie (Dual process theory, Chaiken et al., 1996).

Subdoelen 1 t/m 10: PRISMA groepseducatie

Om het educatieproces bij de deelnemers te begeleiden, passen de PRISMA trainers de Dual Process Theory toe (Chaiken et al., 1996). Deze theorie benadrukt de actieve betrokkenheid van de patiënt in het leerproces. Dit betekent dat de trainers door het geven van gedoseerde informatie, maar vooral door het stellen van (open) vragen de patiënten activeren om de aangeboden informatie te verwerken. Er zijn geen goede of foute antwoorden, ieders inbreng wordt gewaardeerd en informatie wordt gekoppeld aan de eigen ervaring. Informatie die op deze wijze wordt verkregen blijkt beter te worden onthouden en meer bestand tegen invloeden van tegenstrijdige informatie (Skinner et al., 2008). Het geeft de deelnemers bepaalde principes mee waarmee nieuwe informatie kan worden onderzocht en getest. Het maakt het ook minder makkelijk de informatie weg te rationaliseren als 'niet op mij van toepassing'. Uit onderzoek van Skinner blijkt dat hoe minder de zorgverlener aan het woord is, hoe meer informatieoverdracht er plaats vindt. Verder worden flapovers gebruikt als visuele ondersteuning. Hierop worden antwoorden van de deelnemers, '(juiste) informatie', tekeningen van de (patho)fysiologie en analogieën op genoteerd dan wel getekend.

Richtlijnen op gebied van cardiovasculair risicomanagement geven evidence-based aanbevelingen bij het promoten van leefstijlveranderingen (Piepoli et al., 2016, Artaini et al., 2010, Balady et al., 2007, Piepoli, 2010, FMS CVRM, 2020):

- gebruik van cognitieve gedragsstrategieën, zoals motiverende gespreksvoering en methoden om zelfmanagement te bevorderen.
- betrek een of meerdere zorgverleners om gedragsveranderingen te bewerkstelligen.
- gebruik multimodale interventies (combinatie van medicatie en leefstijl educatie, beweegactiviteit, stress management en psychologische begeleiding).

Deze aanbevelingen zijn geïntegreerd in PRISMA:

- PRISMA gebruikt de cognitieve gedragsstrategieën: self-efficacy, probleemoplossend vermogen, terugval preventie, doelen stellen en self-monitoring. Een combinatie van ≥ 2 cognitieve

gedagsstrategieën, geeft de gunstigste veranderingen in voedings- en beweeggedrag bij cardiovasculair risicomanagement (Artinian et al., 2010).

- PRISMA wordt gegeven door twee verschillende zorgverleners ((huis)artsen, praktijkondersteuners (praktijk)verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en psychologen.
- PRISMA richt zich op leefstijleducatie over voeding, lichaamsbeweging, inname van medicatie (therapietrouw), roken, ontspanning en/of (professionele) hulp/ondersteuning vragen. Multimodale interventies helpen bij het omgaan met de ziekte, zorgen voor betere therapietrouw en een lager risico op hart- en vaatziekten (Auer et al., 2008, Janssen et al., 2013).

Subdoel 1, 2, 3, 4, 5 en 6: risicoperceptie en uitkomstverwachting

Mensen blijken een diversiteit aan individuele ideeën (beliefs) te hebben over de aard, oorzaak, gevolgen (risicoperceptie) en behandelresultaten (uitkomstverwachting). De kennis en opvattingen hierover zijn echter niet altijd juist of compleet en lang niet altijd gelijk aan de medische opvattingen (Hampson, 1997). Ze blijken wel zeer hardnekkig en bepalend te zijn voor de manier waarop mensen omgaan met hun ziekte of risico daarop (Leventhal et al., 1984). De PRISMA trainers onderzoeken tijdens de theoretische en praktische onderdelen welke ideeën, kennis en opvattingen (misvattingen) er zijn bij de deelnemers over deze risicoperceptie en uitkomstverwachting. De trainers proberen de kennis bij de deelnemers te vergroten en misvattingen op te sporen en om te buigen naar de 'juiste' informatie.

Subdoel 6, 7 en 8: self-efficacy

Self-efficacy (eigen-effectiviteitsverwachting) is belangrijk voor het (gaan) uitvoeren van gedrag (Bandura, 1977, Schwarzer et al., 2011). Mensen met een hogere self-efficacy, zijn meer geneigd om te starten met een gedrag en dit vol te houden tot het resultaat is bereikt (Bandura, 1997.) Het stellen van realistische en haalbare doelen, vergroot de kans op succes wat een positief effect heeft op de self-efficacy van een persoon om verder te gaan met de gedragsverandering (Bandura, 1986). Self-efficacy kan ook toenemen doordat mensen een ander persoon in vergelijkbare situatie met vergelijkbare capaciteiten succesvol het gewenste gedrag zien uitvoeren (Bandura, 1986.) Interventies gericht op het verbeteren van het voedings- en beweeggedrag in het kader van cardiovasculair risicomanagement, laten gunstige resultaten zien wanneer self-efficacy is opgenomen in de interventie (Artinian et al., 2010).

Hindernissen en terugval horen bij het proces van gedragsverandering. Probleem oplossend vermogen en terugvalpreventie zijn belangrijke vaardigheden die, als onderdeel van cardiovasculaire risicomanagement interventies, kunnen leiden tot positieve gedragsverandering in voedings- en beweegpatroon (Artinian et al., 2010).

Binnen PRISMA wordt de self-efficacy van de deelnemers vergroot door: groepseducatie over de 'cirkel van gedragsverandering' (hindernissen en terugval horen daarbij), het belang van het stellen van kleine, haalbare doelen (bij rapportcijfer <7, deelnemer actieplan zelf laten bijstellen om kans op succes te vergroten), deelnemers van elkaar te laten leren (vergelijkbare situatie) tijdens de interactie bij theoretische en spelonderdelen, en deelnemers te laten oefenen met invullen van het actieplan (haalbare doelen stellen en omgaan met hindernissen).

Subdoel 9: intentie

Intrinsieke motivatie is belangrijke voorspeller gebleken voor adequate zelfzorg, afvallen en een goede diabetes instelling (Williams et al., 1998, Deci & Ryan, 2000). Intentie is key-component binnen HAPA-model (Schwarzer et al., 2011). Bij PRISMA wordt de intrinsieke motivatie van de deelnemers gestimuleerd door bij aanvang de reden van deelname (motivatie) na te vragen en door het invullen van het formulier 'Mijn gezondheidsprofiel' (de deelnemer ziet hoe hij/zij er voor staat op de risicofactoren en denkt na over wat kan ik er zelf aan doen?). Aan het eind van de cursus wordt de intentie tot verandering gestimuleerd door het invullen van 'Mijn persoonlijk actieplan' (nadenken over aan welke risicofactor hij/zij wil gaan werken).

Subdoel 10: Actieplan

Om intentie om te zetten naar gewenst gedrag, is voorbereiding (planning) een belangrijke strategie (Schwarzer et al., 2011). Gedragsverandering in kleine, opeenvolgende stappen is sleutel tot lange termijn

gedragsverandering (Piepoli et al., 2016). Wanneer concrete doelen worden gesteld aan gewenste gedragsverandering in voeding- of bewegingspatroon bij cardiovasculair management, worden betere uitkomsten gezien, dan wanneer er geen of vage doel zijn geformuleerd (Piepoli et al., 2016, Artinian et al., 2010). Het gebruik van doelen is het meest succesvol wanneer deze specifiek, haalbaar en realistisch zijn, en wanneer deze gericht zijn op gedrag in plaats van op fysiologische streefwaarden. Gedrag kan beïnvloed worden door de persoon zelf, is ook waarneembaar door persoon, terwijl fysiologische waarden door verschillende factoren beïnvloed kunnen worden (genen) (Piepoli et al., 2016, Artinian et al., 2010). Bij PRISMA wordt de deelnemer gestimuleerd om zijn/haar intentie om te zetten in gewenst gedrag door het opstellen van een persoonlijk actieplan met SMART-doelen (Specifiek, Meetbaar, Actiegericht, Realistisch, Tijdgebonden).

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

11. 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.

PRISMA GENERIEK

A. PRISMA GENERIEK. Diëtetiek en Voedingwetenschappen, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

SAG-rapport, december 2017 (intern rapport). De resultaten van de pilotstudie over 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' zijn gepubliceerd als artikel (de Groot, 2018).

B. In 2016 is het project PRISMA generiek gestart waarin de PRISMA methodiek geschikt is gemaakt voor gebruik voor andere doelgroepen: preventie hart- en vaatziekten en hart- en vaatziekten. 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' is geëvalueerd in een pilotstudie (procesevaluatie, 2017) met de volgende onderzoeksvragen: Is 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' geschikt en haalbaar voor implementatie in de praktijk? Wordt 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' voldoende gewaardeerd door trainers en de doelgroep?

Gegevens over bereik en werving, uitvoering, haalbaarheid, tevredenheid en implementatie van het nieuwe PRISMA programma werden verzameld bij trainers (vragenlijsten en evaluatiebijeenkomsten) en deelnemers (vragenlijsten) van vier zorggroepen (een zorggroep reeds bekend met 'PRISMA diabetes' en drie nieuwe zorggroepen). Totaal zijn er 22 patientencursussen gegeven door 40 trainers (niet bij alle PRISMA cursussen zijn data verzameld.)

C. Voor 18 PRISMA-cursussen werden 1010 deelnemers benaderd, van wie er uiteindelijk 162 deelnamen. Het gemiddelde wervingsrendement was daarmee 16%. De nieuwe zorggroepen hadden meer moeite met de werving van deelnemers dan de zorggroep die 'PRISMA diabetes' al had geïmplementeerd in de zorgketen. Werving via brief in combinatie met persoonlijke uitnodiging in de spreekkamer geeft het beste resultaat. De kosten per deelnemer waren vergelijkbaar met die 'PRISMA diabetes'.

De ervaringen van de PRISMA trainers waren overwegend positief. Het lukte de meeste trainers om de cursus binnen de beoogde tijd te geven (2 x 150 minuten). De trainers volgden vrijwel altijd het programma en de inhoud van de trainershandleiding. Soms was dit lastig door gebrek aan tijd en ervaring met de nieuwe inhoud en methodiek.

De deelnemers waardeerden 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' met rapportcijfer 8,2 ($\pm 1,0$) (N=130, schaal 0-10). Op de stelling 'Ik heb genoeg geleerd om aan de slag te gaan met het actieplan' was het antwoord 4,5 ($\pm 0,7$) op een schaal van 1-5 (N=128). Uit 'het eigen verhaal' van de deelnemers kwam naar voren dat het hebben van risicofactoren op het krijgen van hart- en vaatziekten (39%) en/of de behoefte aan meer kennis en vaardigheden over leefstijlveranderingen een belangrijke reden was om naar de PRISMA cursus te komen (40%, N=135). Een deel van de deelnemers gaf aan zich zorgen te maken over de aanwezige risicofactoren (18%) en de mogelijke complicaties (24%). Ruim een derde gaf aan geen zorgen te hebben (N=124). Deelnemers hadden vooral brandende vragen over risicofactoren en leefstijl (63%, N=145). Bijvoorbeeld: hoe kan het mijn cholesterol en/of bloeddruk verlagen zonder medicatie?

De conclusie van de pilotstudie was dat 'PRISMA preventie hart- en vaatziekten' klaar is voor landelijke uitrol. Opmerkingen en adviezen van de trainers na afloop van de cursus en uit de gezamenlijke evaluatie

bijeenkomsten, zijn meegenomen in aanpassingen in de trainershandleiding en de PRISMA train-de-trainer cursus. Zo is nu in de handleiding een hoofdstuk opgenomen over werving en implementatie en wordt in de PRISMA train-de-trainer cursus daar nu extra aandacht aan besteed.

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.

Nu nvt

Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.

12. 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 lager 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 <http://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.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

13. 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).

Artinian, N., Fletcher, G., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A., Kumanyika, S., Kraus, W., Redeker, N., Meininger, J., Banks, J., Stuart-Shor, E., Fletcher, B., Miller, T., Hughes, S., Braun, L., Kopin, L., Berra, K., Hayman, L., Ewing, L., Ades, P., Durstine, J., Houston-Miller, N., & Burke, L. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122(4), 406-441. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1>

Auer, R., Gaume, J., Rodondi, N., Cornuz, J., & Ghali, W. (2008). Efficacy of in-hospital multidimensional interventions of secondary prevention after acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 117:3109–3117. <https://doi.org/10.1161>

Bader, S. (2016). Gestructureerd aanbieden zelfmanagement educatie bij diabetes niet vanzelfsprekend. *De eerstelijns*, februari, 14-16.

Bader, S., & De Groot, S. (2017). PRISMA als basismethodiek voor generieke zelfmanagement groepseducatie in de eerste lijn (SAG-rapport, intern rapport SAG/Zilveren Kruis over ontwikkeling van PRISMA generiek). Amsterdam: Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Balady, G., Williams, M., Ades, P., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J., Franklin, B., Sanderson, B., & Southard, D. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 115, 2675–2682. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945>.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice hall.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman

Bandura, A. (1986). Self-efficacy. In: *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. (390–453). Prentice-Hall.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (zd). Geraadpleegd op 25 juni 2020, van <https://www.cbs.nl/infoservice>

Chaiken, S., Wood W., & Eagly, A. (1996). Principles of persuasion. In E. Higgins, & W. Kruglanski (reds), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (702-744). Guilford Press.

Chatterjee, S., Davies, M.J., Stribling, B., Farooqi, A., & Khunti, K. (2018). Real world evaluation of DESOMOND type 2 diabetes education and self-management programme. *Practical Diabetes*, 35(1), 19-22.

Davies, M., Heller, S., Skinner, T., Campbell, M., Carey, M., Craddock, S., Dallosso, M., Daly, M., Doherty, Y., Eaton, S., Fox, C., Oliver, L., Rantell, K., Rayman, G., & Khunti, K. (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. *British Medical Journal*, 336, 491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39474.922025.BE>

Deci, E., & Ryan, R. (2000). The support of autonomy and the control of behavior. In E. Higgins, & A. Kruglanski (eds), *Motivational Science: Social and Personality Perspectives* (128-146). Psychology Press.

Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed (DESMOND). (zd). Geraadpleegd op 25 juni 2020, van <https://www.desmond-project.org.uk/about/>

Gillett, M., Dallosso, H., Dixon, S., Brennan, A., Carey, M., Campbell, M., Heller, S., Khunti, K., Skinner, T., & Davies, M. (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. *British Medical Journal*, 341, c4093. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4093>

Groot, de S. (2018). Focus op zelfzorg met PRISMA. *Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Dietetiek*, 73(3), 29-33.

Harteraad. (2014). *Rapport stress en hart- en vaatziekten*. Geraadpleegd 25 juni 2020, van https://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/03/stress_en_hart- en_vaatziekte.pdf

Hartstichting. (zd). *Hart- en vaatziekten*. Geraadpleegd 25 juni 2020, van <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten>

Hampson, S. (1997). Illness representations and the self-management of diabetes. In K. Petrie, & J. Weinman (eds), *Pereceptions of health en illness* (323-348). Harwood Academic Publishers.

Janssen, V., De Gucht, V., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2013). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*, 20:620–640. <https://doi.org/10.1177/2047487312462824>

Leventhal, H., Nerenz, D., Steele, D., Taylor, S., & Slinger, J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (eds), *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health* (219-252). Erlbaum.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2018). *Multidisciplinaire richtlijn CVRM*. Geraadpleegd 25 juni 2020, van <https://www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-cvrm>

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2019). *NHG-standaard CVRM*. Geraadpleegd 25 juni 2020, van <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement>

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). (zd). Geraadpleegd op 25 juni 2020, van <https://www.nivel.nl/nl>

Piepoli, M., Corra, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Olsen Zwisler, A., & Schmid, J. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 17, 1–17. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3283313592>

Piepoli, M., Hoes, A., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A., Cooney, M., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M., Hobbs, F., Lisa Løchen, M., Ilgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., van der Worp, H., van Dis, I., & Verschuren, W. (2016). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 37, 2315–2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>

Richtlijndatabase van Federatie Medisch Specialisten (2019). Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Geraadpleegd 25 juni 2020, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvr/samenvatting_cvr.html

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2017). *Kosten van ziekten*. Geraadpleegd 25 juni 2020, van <https://www.rivm.nl/kosten-van-ziekten>

Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, vol 56(3), 161–170. doi.org/10.1037/a0024509.

Skinner, T., Cradock, S., Arundel, F., & Graham, W. (2003). Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 16(2), 75-80.

Skinner, T., Carey, M., Cradock, S., Dallosso, H., Daly, H., Davies, M., 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. doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02492.x

Volksgezondheid en Zorg in Nederland. (zd). *Wat is preventie*. Geraadpleegd 25 juni 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie>

Volksgezondheid en Zorg in Nederland. (zd). *Hart- en vaatziekten*. Geraadpleegd op 25 juni 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/hart-en-vaatziekten>

Volksgezondheid en Zorg in Nederland. (zd). *Kosten van zorg*. Geraadpleegd op 25 juni 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/kosten-van-ziekten>

Williams, G.C., Freedman, Z.R., & Deci, E.L. (1998). Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.

14. 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?