Beweging op Verwijzing bij patiënten met Chronisch Obstructieve Longaandoening: een kwaliteitsverbeterend project

Dr. Caroline De Cock – Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Vandevoorde J. – Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Van Rossem I. – Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017– 2019]

1. Abstract

Achtergrond: De actuele beweegnorm voor alle volwassenen bedraagt dagelijks minstens 30 minuten aan matige intensiteit. Slecht 43,1% van de Vlamingen tussen 18 en 64 jaar halen deze beweegnorm. Uit onderzoek blijkt dat COPD patiënten duidelijk minder bewegen dan de gemiddelde gezonde populatie. Bewegen op Verwijzing (BOV) is een initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. Het initiatief helpt mensen met een gezondheidsrisico een actievere levensstijl te ontwikkelen. Door middel van een BOV-coach (meestal met opleiding lichamelijke opvoeding) wordt professionele coaching voorzien.

Vraagstelling: Hoeveel COPD patiënten kwamen in aanmerking voor verwijzing naar BOV? Hoeveel COPD patiënten zijn verwezen voor BOV? Hoeveel COPD patiënten hebben de verwijzing naar de BOV-coach geweigerd en waarom? Hoeveel COPD patiënten zijn effectief gestart met BOV? Hoeveel COPD patiënten die gestart zijn met de begeleiding hebben deze vroegtijdig onderbroken en waarom? Hoeveel COPD patiënten die in begeleiding zijn gegaan, zullen na afloop van het project daadwerkelijk meer bewegen?

Methode: Alle in onze praktijk gediagnosticeerde COPD- en ACOS patiënten werden bevraagd naar hun socio-demografische gegevens, co-morbiditeiten en hun fysieke activiteit. Patiënten die per dag minder dan 30 minuten aan matige intensieve activiteit deden, werden gemotiveerd tot beweging op verwijzing. Patiënten die in behandeling waren voor pulmonaire rehabilitatie onder leiding van een kinesitherapeut, onder zuurstoftherapie stonden, zwangere vrouwen, rusthuisbewoners en patiënten die zich omwille van fysieke redenen onmogelijk konden verplaatsen naar de praktijk of de BOV coach, werden geëxcludeerd.

Resultaten: Bij de 38 gekende COPD patiënten in onze praktijk, deden 28 patiënten aan zeer licht intensieve activiteit. Zeven patiënten deden minder dan 30 minuten aan matig intensieve activiteiten en twee patiënten leverden activiteiten langer dan 30 minuten aan matige intensiteit. Eén patiënt was bedlegerig. Op basis van de exclusiecriteria die vooraf opgesteld werden 23 patiënten overgehouden die in aanmerking kwamen om aan het project deel te nemen. Van deze patiënten, weigerden 13 patiënten, zes patiënten gaven hun akkoord en vier patiënten hielden het project in beraad. Uiteindelijk heeft slechts één persoon heeft in de periode van drie maanden contact opgenomen met de BOV-coach en zijn/haar ja-woord gegeven om deel te nemen aan het BOV-project.

Conclusie: Het doel van dit praktijkbevorderend project was het BOV project te implementeren bij COPD patiënten en dus meer patiënten aan het bewegen te krijgen. Slechts zes van de 38 COPD patiënten namen effectief deel aan het onderzoek. Hiervan heeft 1 patiënt zich meer dan eenmaal aangemeld bij de BOV coach, echter het traject werd vervroegd afgebroken. Tijdens dit hele project is gebleken dat het doelpubliek niet eenvoudig te bereiken was, en dit zowel door een gebrek aan motivatie als een gebrek aan ziekte-inzicht. Ondanks weinig concrete veranderingen, heeft dit project ertoe geleid dat de artsen van onze praktijk zich meer bewust zijn van de noodzaak om patiënten te motiveren voor meer dagelijkse beweging en het verbeteren van de algemene levenskwaliteit.

2. Inhoudsopgave

1. Abstract 2
2. Inhoudsopgave....3
3. Lijst van gebruikte afkortingen....4
4. Inleiding 5
5. Literatuuronderzoek 6
5.1. PICO.... 6
5.2. Zoekstrategie.... 6
5.3. Chronic Obstructive Pulmonary Disease.... 7
5.4. COPD en bewegen.... 8
5.5. COPD en behandeling gericht op verhogen van fysieke activiteit....9
5.5.1. Pulmonaire rehabilitatie.... 9
5.5.2. Educatie en zelfmanagement.... 10
5.5.3. Integrated care project = geïntegreerd zorgprogramma....10
5.6. Bewegen op Verwijzing.... 11
5.7. Doel van het project....14
6. Kwaliteitsbevorderend project....15
6.1. Het praktijkproject: FOCUS – stappenplan....15
6.1.1. FIND....15
6.1.2. Organise meeting.... 15
6.1.3. Clarify the problem....16
6.1.4. Understand the proces/uncover the problem = probleemanalyse-visgraatanalyse....17
6.2. De PDCA- cyclus....18
6.2.1. Plan....18
6.2.2. Do en Check.... 21
6.2.2.1. Do....21
6.2.2.2. Check....21
6.2.3. Act.... 28
7. Bespreking....29
8. Besluit.... 30
9. Dankwoord.... 31
10. Referentielijst....32
11. Bijlagen....35

3. Lijst van gebruikte afkortingen

BOV= Bewegen Op Verwijzing

HAIO = Huisarts In Opleiding

WIV= Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

ICHO = Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding

CME= Commissie Medische Ethiek

FOD= Federale Overheidsdienst

LOK= LOkale Kwaliteitsgroep

EMD= Elektronisch Medisch Dossier

GMD= Globaal Medisch Dossier

COPD= Chronic Obstructive Pulmonary Disease

GOLD= Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease

ACOS= Astma – Copd- OverlapSyndroom

4. Inleiding

Bewegen op Verwijzing (BOV) is een initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (Vlaamse Gemeenschap) en is een project dat voor het eerst werd opgestart in Leuven in 2012.[2,3] Het initiatief helpt mensen met een gezondheidsrisico een actievere levensstijl te ontwikkelen. Door middel van een BOV-coach (meestal met opleiding lichamelijke opvoeding) wordt professionele coaching voorzien, samen met de patiënt een beweegplan opgesteld, en aanvullende tips voorzien om het in de toekomst vol te houden. Zowel op fysiek, mentaal als op sociaal vlak kan een actieve levensstijl heel wat positieve effecten bekomen. Het voordeel van een beweegcoach is dat hij/zij de patiënt veel informatie kan verstrekken over activiteiten, sporten of verenigingen die in je gemeente actief zijn. Want ook dit houdt bewegen op verwijzing in.[4]

In oktober 2017 werd het concept van Beweging Op Verwijzing voorgesteld en gepromoot op de maandelijkse netwerkvergadering. Het onderwerp is zeer actueel dezer dagen. Al in 160 gemeenten in Vlaanderen ging het project van start. Het leek me een uitdaging om een project dat nog niet lang in de running was, in onze dagelijkse praktijkwerking te integreren en er een praktijkbevorderend project van te maken.

Volgens een kleinschalige Vlaamse studie zouden Vlaamse mannen gemiddeld 3,5 uur per dag aan licht intensieve lichaamsbeweging doen terwijl Vlaamse vrouwen tot 4,5 uur per dag hieraan spenderen. In verband met matig tot hoog intensieve lichaamsbeweging zou 43,1 % van de Vlamingen tussen 18 en 64 jaar gemiddeld 30 minuten per dag bewegen. Hiervan zijn 48% mannen en 24% vrouwen.[1]

Uit onderzoek blijkt dat COPD patiënten minder bewegen dan de gemiddelde gezonde populatie.[5] Wat lijdt tot een bijkomende daling in levenskwaliteit, meer hospitalisaties en hogere mortaliteitsrisico's.[6,7,8] In de loop van mijn opleiding tot huisarts ontwikkelde ik een goede interesse in COPD en zijn behandeling. Aangezien het om een chronische, grotendeels onomkeerbare aandoening gaat en deze ziekte een grote invloed heeft op de kwaliteit van leven, werd het project van Beweging op Verwijzing specifiek op deze doelgroep toegepast.

5. Literatuuronderzoek

5.1 PICO.

Patiënt, Intervention, Comparison, Outcome

P: Alle COPD patiënten in de huisartsenpraktijk

I: Bewegen Op Verwijzing

C: /

O: Toename van dagelijkse beweging bij COPD patiënten

5.2 Zoekstrategie

Aangezien het project pas van start ging in 2012, is er weinig literatuur beschikbaar rond Bewegen Op Verwijzing bij COPD patiënten.

Er werd gezocht in de bestaande literatuur naar evidentie over het nut van toenemende fysieke activiteit bij COPD patiënten op hun algemene gezondheid, hun algemeen welzijn en op de mogelijks positieve effecten op de prognose van de aandoening.

De geraadpleegde databanken waren de CDLH (CEBAM) en Pubmed waarin de watervalzoekstrategie werd gebruikt.

<u>Weerhouden richtlijnen:</u>

- **Global initiative for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, 2019 rapport.[9]
- **Duodecim richtlijn:**
  - Kinesitherapeutische richtlijn COPD (Buitenlandse richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext)[10]
- **NHG-standaard COPD[11]**

<u>Weerhouden secundaire literatuur:</u>

- **Pubmed (systematic reviews en meta-analyses)**

Pubmed search:
Search **("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh]) AND "Activities of Daily Living"[Mesh]**

⇨ **1204** resultaten

Na het specifiëren van de zoektermen bekomen we het volgende:

Search **((("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh]) AND "Activities of Daily Living"[Mesh])) AND general practice**

⇨ **70** resultaten

Search **((("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh]) AND "Activities of Daily Living"[Mesh])) AND general practice** Filters: **published in the last 5 years**

⇨ **33** resultaten

5.3 Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is een veel voorkomende, te voorkomen en behandelbare aandoening, gekarakteriseerd door persisterende respiratoire symptomen (zoals dyspneu, hoest en/of sputumproductie) en luchtwegvernauwing. Dit door structurele luchtweg- en alveolaire afwijkingen (emfyseem) grotendeels veroorzaakt door significante blootstelling aan schadelijke deeltjes of gassen.[9] Vaak is het het gevolg van jarenlang roken, 9 op 10 COPD patiënten zouden namelijk rokers of ex-rokers zijn. De ziekte kan echter ook worden veroorzaakt door luchtvervuiling, een slecht behandelde astma of een erfelijke ziekte, zoals een alpha-1 antitrypsine deficiëntie (AATD).[12,13] De diagnose moet worden gesteld met een longfunctietest of spirometrie.

De ziekte heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt. De aandoening is chronisch en manifesteert zich meestal na de leeftijd van 45 jaar. In België zouden naar schatting 680.000 mensen lijden aan COPD. Waarvan minder dan de helft (zo'n 300.000 mensen) de diagnose gekregen hebben. COPD staat in de top vijf van meest voorkomende doodsoorzaken ter wereld.[12,13]

Om de progressie van de ziekte af te remmen en de longschade en klachten te beperken kan er toch heel wat gebeuren. Een snelle herkenning en krachtdadige aanpak is daarom zeer belangrijk. Alsook de vele co-morbiditeiten (zoals o.a.. diabetes, depressie, osteoporose, hypertensie en andere cardiovasculaire aandoeningen,…) worden vaak ondergediagnosticeerd en onbehandeld.[14]

Aangezien het hier gaat om een multisysteemaandoening, bestaat de aanpak voornamelijk uit preventie (zoals rookstop en vaccinaties), maar ook het opstarten van chronische medicatie is een belangrijk behandelpunt. Deze omvat zowel kortwerkende als langwerkende luchtwegverwijderaars (bèta 2 agonisten en muscarine receptor antagonisten).

Aan alle COPD patiënten dient men dus voldoende didactische informatie te verschaffen, betreft het informatie en advies geven omtrent de symptomen, behandeling en progressie van de ziekte. Echter uit onderzoek blijkt dat didactische educatie onvoldoende is om gedragsveranderingen door te voeren. Naast de preventieve en farmacologische aanpak van COPD speelt pulmonaire rehabilitatie, waaronder oefentraining, educatie en zelf-management een belangrijke rol.[9]

5.4 COPD en Bewegen[15,16,17,18,19]

COPD en de aanpak van zijn co-morbiditeiten vallen buiten bestek van dit project. De co-morbiditeiten dragen echter bij tot een verminderde fysieke activiteit. Een van de meest afdoende co-morbiditeit om niet aan sport te kunnen doen, is volgens onderzoek[20,21] de psychologische impact van de ziekte met vaak depressies tot gevolg. Hoewel meer beweging kan bijdragen tot een verbetering van de geestelijke gezondheidstoestand, blijkt dit vaak een groot struikelpunt te zijn. Deze co-morbiditeit behandelen, kan dus helpen om meer te bewegen. Daarenboven zou fysieke activiteit volgens verschillende studies een gunstig effect hebben op depressie in het algemeen voor alle lagen van de bevolking.[9]

De actuele beweegnorm voor alle volwassenen, bedraagt dagelijks minstens 30 minuten aan matige intensiteit (d.w.z. dat je hartslag omhoog moet gaan, maar dat je tijdens de inspanning nog een gesprek moet kunnen voeren en niet buiten adem bent). Voorbeelden van dit matig intensief bewegen zijn wandelen, fietsen, zwemmen, de trap nemen, tuinieren en de auto wassen.[5]

Om deze verminderde fysieke activiteit bij COPD patiënten te kunnen vaststellen dienen we te beschikken over actuele en objectieve parameters. Deze parameters zijn spirometrische data (FEV1), de 6 min. Wandeltest, de BODE index.

Een belangrijk onderscheid dient gemaakt te worden tussen de ernst van de luchtstroombeperking en de waargenomen fysieke symptomen bij de COPD patiënt. In sommige gevallen hebben patiënten met ernstige luchtwegobstructie slechts in beperkte mate symptomen van kortademigheid. Dit doordat men zich snel leert aan te passen aan zijn/haar fysieke mogelijkheden om zoveel mogelijk problemen van kortademigheid te beperken.[22,23] Dan biedt de 6-minuten wandeltest wel een mogelijkheid om de patiënt te doen inzien dat hij of zij echt te weinig beweging heeft en dit de negatieve evolutie van de longaandoening nog meer zal doen toenemen.

Bovendien wordt er ook wel eens gebruik gemaakt van de BODE-score (Body Mass Index, Obstruction, Dyspneu en Exercise). Deze index of score wijst op de ernst van het respiratoir falen en is gebaseerd op de BMI, spirometrische parameters, een score voor dyspneu en een looptest. Deze methode geeft dus een score aan alle belangrijkste parameters die het best de prognose van een COPD patiënt voorspellen.[24]

Om meer inzicht te werven over de algemene gezondheidstoestand van de COPD patiënt bestaan er alsook verschillende specifieke vragenlijsten die vrij beschikbaar en makkelijk hanteerbaar zijn. Zo werd onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om gezondheidsvragenlijsten te gebruiken om de algemene gezondheidstoestand van COPD patiënten te bepalen.[25] Enkele bruikbare vragenlijsten zijn onder andere de CAT (COPD Assessment Test) en de CRDQ (Chronic Respiratory Questionnaire). In bijlage 9 vindt u een korte omschrijving van de verschillende vragenlijsten.

5.5 COPD en behandeling gericht op verhogen van fysieke activiteit.

In de aanpak van COPD speelt **pulmonaire rehabilitatie**, waaronder **gesuperviseerde oefentraining**, alsook rookstopbegeleiding, voedingsadvies en **zelf-management-educatie** een belangrijke rol. Pulmonaire rehabilitatie (PR) wordt beschreven als “een op evidentie gebaseerde multidisciplinaire en uitgebreide interventie voor patiënten met een chronische longaandoening” en zal meestal doorgaan in gespecialiseerde ziekenhuiscentra.[9]

5.5.1 Pulmonaire rehabilitatie

Bij pulmonaire rehabilitatie worden patiëntendoelen voorop geplaatst en geïntegreerd in een multidisciplinair programma. Rekening houdend met de individuele behoeften, karakteristieken en co-morbiditeiten van de patiënt. Voornamelijk aan het begin van de diagnose, na een hospitalisatie voor een exacerbatie of bij progressieve toename van de klachten, kan rehabilitatie een voordeel bieden.[9]

Een **oefentrainingsprogramma** omvat ademhalingsoefeningen en aangepaste oefeningen om de symptomen alsook de conditie te verbeteren. Het intensieve programma omvat duur- en interval-oefentraining met zowel kracht als cardiotrainingen. In geval van een duurtraining zal men zowel continue- als interval- (hoge-intensiteit) oefenprogramma’s ter beschikking stellen. Pulmonaire rehabilitatie zou volgens onderzoek dyspneu, gezondheidstoestand en inspanningsvermogen verbeteren (niveau A van aanbeveling). Bovendien zou het het aantal toekomstige hospitalisaties bij patiënten met recente exacerbatie (waarvoor hospitalisatie ≤ 4 weken geleden), doen verminderen (Niveau B van aanbeveling). Het uitgebreid wetenschappelijk bewijs over het effect van pulmonaire rehabilitatieprogramma bij COPD patiënten zal echter verder niet besproken in deze masterthesis, hiervoor wordt voornamelijk verwezen naar de GOLD-richtlijnen 2019.[9]

Patiënten waarbij pulmonaire rehabilitatie of ademhalingsrevalidatie wordt aangeraden, behoren tot GOLD groep B, C of D. In België zijn er slechts een beperkt aantal centra erkend voor pulmonaire rehabilitatie. Het revalidatiecentrum gekozen door de patiënt, zal nagaan of de patiënt voldoet aan de voorwaarden om recht te hebben op een tegemoetkoming van hun ziekenfonds. Een COPD patiënt dient ouder te zijn dan 14 jaar en aan verschillende voorwaarden te voldoen. Zo moeten patiënten in stabiele toestand, dus buiten exacerbatie-toestand zijn. Bijkomend dient men bij spirometrie ofwel een FEV1 (Forced expiratory volume in 1 second) te vertonen van < 50 % van de voorspelde waarde, in stabiele toestand gemeten en na bronchodilatatie. Ofwel dient men een diffusiecapaciteit te vertonen van < 50 % van de voorspelde waarde.[26]

Daarenboven dient aan twee van de vijf volgende criteria te voldoen: bij de in- en/of uitademing moet men een respiratoire spierkracht vertonen van minder dan 70 % van de gemiddelde normatieve waarde; een quadricepskracht vertonen van minder dan 70 % van de voorspelde waarde vastgesteld op basis van een vooraf bestaande formule; bij de fietsergometrie een maximale prestatie realiseren van minder dan 90 watt; voor de rechthebbenden ouder dan 50 jaar moet men bij de 6 minuten looptest een afstand afleggen van minder dan 70 % van de voorspelde waarde, in toepassing van een vooraf vastgelegde formule. En tenslotte dient men bij de «Chronic Respiratory Disease Questionnaire» (CRDQ) een totaalscore te hebben van minder dan 100 voor de dimensies "dyspneu", "vermoeidheid", "emoties" en "beheersing" samen, of een score van minder dan 20 voor de dimensie "dyspneu".[26]

Alle andere patiënten, die geen recht hebben op longrevalidatie en die toch tot de groepen B, C of D behoren, kunnen we trachten te motiveren tot beweging op verwijzing.

5.5.2 Educatie en zelfmanagement

Verder heeft men nood aan voldoende **zelf-management-educatie**. Hoe zullen we de gemaakte voornemens voor levensstijlaanpassingen doorvoeren in de praktijk en hoe zullen deze zelfstandig door de patiënt uitgevoerd worden?[9] De patiënt zal hierbij gemotiveerd, geëngageerd en gecoacht worden naar eigen behoeften.

Een van de belangrijkste doelen van een controle consultatie bij alle GOLD stadia COPD- patiënten, is het aanpakken van gedragsrisicofactoren (zoals roken, dieet en beweging).[27] Daarenboven moet extra aandacht gevestigd worden op therapietrouw en correct medicatie gebruik. LABA en LAMA producten zijn in staat om zowel in rust als bij inspanning de hyperinflatie in de longen te doen verminderen.[(28;29;30)] Dit zorgt op zijn beurt voor een betere gasuitwisseling in de longen en geeft een betere inspanningsvermogen. Draagt bij tot een betere bewegingstolerantie.[31]

Bewegingstolerantie kan gemeten worden door cyclo-ergometrie of spiro-ergometrisch onderzoek, met meting van maximale zuurstofconsumptie, maximaal hartritme en meting van maximale uitgevoerde inspanning. Alsook kan een zelf-tempo 6-minuten wandeltest of een shuttle walk test worden uitgevoerd.[9] Verder uitleg van deze testen kan u vinden in bijlage 9.

5.5.3 Integrated care projects= geïntegreerd zorgprogramma

Een multidisciplinaire aanpak van COPD is aan te raden, al dan niet onder de vorm van een formeel gestructureerd zorgprogramma. Zo'n programma omvat strikte begeleiding van paramedici, rookstopbegeleiding, voedingseducatie en educatie op vlak van herkennen van bepaalde symptomen en doelgericht handelen of hulp zoeken.[11] In de literatuur is men hierover nog niet eenduidig. Volgens sommige studies zou een sterk gecoördineerd multidisciplinair zorgprogramma niet rechtstreeks bijdragen tot een verminderde mortaliteit als hard eindpunt. Echter zal gestructureerde en multidisciplinaire zorg nodig zijn om specifieke doeleinden te kunnen afwegen, rekening houdend met de individuele zorgbehoeften, gezondheids-zelfkennis en gezondheidstoestand van de patiënt. [32,9]

5.6 Bewegen Op Verwijzing

Tenslotte is **voldoende dagelijkse lichaamsbeweging** buiten het COPD revalidatieprogramma zeer belangrijk in de algemene aanpak van COPD en wordt dit veel te vaak vergeten door zowel patiënt als gezondheidsbeoefenaars.

Volgens Chavannes en Vollenberg[33] zou een fysieke activiteit onder begeleiding van een coach twee keer per week gedurende een periode van ten minste drie maanden reeds een belangrijke aanvulling zijn van de medicamenteuze therapie voor COPD patiënten.[33] Andere studies spreken over een termijn van vier tot vijf maanden die nodig is om verandering in bewegingsactiviteit te kunnen waarnemen.[14]

Dit kan sinds kort met steun van de overheid. Het is dat doel waarop het BOV project gebaseerd is. D.m.v. de BOV-coach dient men op voorhand best een uitgebreide inschatting te maken, die zowel de doelen als de noden van de patiënt in kaart brengt. Alsook de rookstatus, voedingstoestand, zelfstandigheid, psychologische en sociale toestand, co-morbiditeiten en limitaties van de patiënt, inschat. Deze zal men dan samenbrengen en vervolgens wordt een actieplan opgesteld.[9]

Het BOV project kan dan ook gezien worden als aanvulling op de reeds gekende rehabilitatieprogramma. Hoelang follow up van de patiënten dient te gebeuren of wat nu het voordeel is van de verschillende soorten aanpakken, bestaat nog veel onduidelijkheid over en zal in de toekomst nog uitgebreid onderzoek over dienen te gebeuren.[14]

Concreet verloopt de verwijzing naar de BOV coach op de volgende manier. De huisarts stelt de indicatie en motiveert en/of verwijst de patiënt aan de hand van een verwijsbrief naar de BOV coach in de buurt. De patiënt zelf kan makkelijk contact opnemen door simpelweg ‘bewegen’ te versturen via sms of een afspraak te maken via telefoon. Nadien volgt zo snel mogelijk een eerste afspraak bij de coach voor een intake gesprek. Daar wordt nagegaan wat de behoeften, mogelijkheden en wensen van de patiënt zijn, waarop vervolgens een op maat gemaakt en aanpasbaar beweegplan wordt opgesteld. Het beweegplan wordt dan toepasbaar gemaakt en na een zekere periode volgt een vervolgconsultatie bij de BOV coach. Regelmatig wordt een feedback verslag doorgestuurd naar de huisarts om een zo goed mogelijk opvolging nadien bij de huisarts te garanderen. Na ongeveer zes maanden zal de coach met de patiënt een afrondingsgesprek houden en inschatten hoe blijvende motivatie bekomen kan worden op lange termijn.[4]

Als deelnemer heb je recht op zeven uur coaching per jaar **tegen een voordelig tarief** voor persoonlijke begeleiding, of 21 uur per jaar als je kiest voor groepsbegeleiding. En dit gedurende twee kalenderjaren. Concreet verloopt BOV via een puntensysteem. Per jaar krijg je 84 punten. Voor een individuele begeleiding dien je 12 punten per uur in te zetten. Voor een groepsbegeleiding dien je vier punten in te leveren per uur coaching.[4]

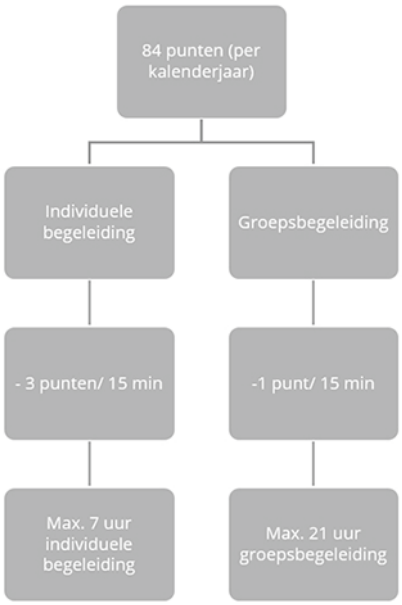


Fig. 1: Overzicht puntensysteem: per jaar krijg je 84 punten voor twee opeenvolgende kalenderjaren. Het aantal punten dat je dient in te zetten per kwartier en hoeveel uur je uiteindelijk mag deelnemen voor de verschillende soorten begeleiding is in bovenstaande figuur weergegeven.[34]

Het voordelige tarief (patiënten zonder voorkeurstarief= VT) voor individuele begeleiding kost 20 euro per uur, voor groepsbegeleiding 4 euro per uur. Dit komt respectievelijk overeen met een bedrag van 140 euro en 84 euro per jaar. Afhankelijk van het ziekenfonds waarbij de patiënt is aangesloten wordt daarenboven tussen de 12,5 euro en 30 euro per jaar terugbetaald. Voor de regio's Halle, Beersel en Sint-Pieters-Leeuw liggen de tarieven per uur echter lager aangezien vanuit deze gemeenten nog een bijdrage geleverd wordt per sessie per deelnemer.[4] In figuur 2 vindt u een overzicht van de tarieven.

Het aantal uren coaching dat je volgt is uiteraard onbeperkt, echter dan betaal je het volledige tarief dat een bewegingscoach buiten het project van beweging op verwijzing zou vragen. Dit dient dus best door de patiënt op voorhand nagevraagd te worden.[4] De informatiebrief rond Beweging Op Verwijzing vindt u in bijlage 10.

Figuur 2 toont de kostprijs voor de deelnemer: vanuit drie gemeenten wordt een bijdrage geleverd per sessie per deelnemer, vandaar dat de prijs daar lager is.

	Pepingen—Linkebeek –St.-G-Rode—Drogenbos	Halle—Beersel—Sint-Pieters-Leeuw
Individuele sessie	VT → €4 / uur Niet-VT → €20 / uur	VT → €2 / uur Niet-VT → €10 / uur
Groepssessie	VT → €2 / uur Niet-VT → €4 / uur	VT → €1 / uur Niet-VT → €2 / uur

Fig.2: Kostprijs voor de deelnemer voor de verschillende deelnemende gemeenten voor individuele- of groepssessie met en zonder verhoogde tegemoetkoming (=VT)

Ziekenfonds	Maximale terugbetaling
Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen	€ 30
Vlaams Neutraal Ziekenfonds	€ 30
Partena ziekenfonds	€ 25
Bond Moyson (Oost-Vlaanderen)	€ 15
De VoorZorg (Antwerpen)	€ 12.5

Fig.3 : Overzicht van maximale terugbetaling voor elke ziekenfonds[34]

5.6 Doel van het project

Een kwaliteitsverbeterend project werd opgezet in de huisartsenpraktijk waar ik zelf werkzaam ben, aan de hand van het FOCUS-PDCA stappenplan[35], met als doel het BOV project te implementeren bij de COPD patiënten.[35]

Doelstellingen van dit praktijkverbeterend project zijn:

- Hoeveel COPD patiënten kwamen in aanmerking voor verwijzing naar BOV?
- Hoeveel COPD patiënten zijn verwezen voor BOV?
- Hoeveel COPD patiënten hebben de verwijzing naar de BOV-coach geweigerd en waarom?
- Hoeveel COPD patiënten zijn effectief gestart met BOV?
- Hoeveel COPD patiënten die gestart zijn met de begeleiding hebben deze vroegtijdig onderbroken en waarom?
- Hoeveel COPD patiënten die in begeleiding zijn gegaan, zullen na afloop van het project daadwerkelijk meer bewegen?

Uiteindelijke vraagstellingen:

- Kunnen de COPD patiënten in onze praktijk worden gemotiveerd voor Beweging op Verwijzing?
- Welke moeilijkheden kunnen we hierbij tegenkomen?
- Hoeveel COPD patiënten zullen na afloop van het project daadwerkelijk meer bewegen?
- Hoe zal het project worden geëvalueerd door de deelnemende artsen en wat zal er verder met het project gebeuren?

6. Kwaliteitsbevorderend project

6.1 Het praktijkproject: FOCUS- stappenplan

6.1.1 FIND (doel van het project)

Patiënten met COPD zijn opmerkelijk minder actief in het dagelijkse leven, duidend op een minimale dagelijkse activiteit en een verhoogde sedentaire levensstijl.[36] Volgens recent onderzoek in 2016 zouden alle COPD-patiënten, ongeacht of ze in een pulmonaire rehabilitatie programma zitten of niet, baat hebben bij bijkomende toegenomen dagelijkse fysieke activiteit.

Mijn keuze voor het thema Bewegen Op Verwijzing bij COPD-patiënten, komt uit de bevinding dat we in onze huisartsenpraktijk patiënten veel te weinig motiveren tot meer bewegen. Dit behoort tot het preventieve beleid van de huisarts. Er is dus ruimte voor kwaliteitsbevordering.

Ons uiteindelijk doel is om het bestaande BOV-project te implementeren onder de vorm van een kwaliteitsverbeterend project in onze praktijk en dus niet de eigenlijke evaluatie van het Bewegen Op Verwijzing-project.

6.1.2 Organise meeting

Tijdens de maandelijkse prakijkvergadering met drie collega huisartsen, de HAIO (huisarts in opleiding) en de praktijkassistente werd het probleem aangekaart en werd de opzet en vooruitgang van het project besproken.

Op 22 februari 2018 werd het team opgesteld dat ging meewerken aan dit praktijkbevorderend project.

Dit team bestond uit:

- Opleidingspraktijk van Dr. Van Rossem I. (praktijkopleider), Dr. Van Rossem H. (collega) en Dr. Vandevenne J. (collega) te Halle.
- Caroline De Cock, huisarts-in-opleiding
- François C, praktijkassistente
- Van Lancker D, BOV-coach

6.1.3 Clarify the problem

COPD patiënten hebben onvoldoende dagelijkse lichaamsbeweging en worden te weinig gemotiveerd door de huisartsen in onze praktijk om voldoende te bewegen.

Op de maandelijkse praktijkvergadering hebben we het probleem aangekaart. Iedereen was op de hoogte van alle stappen die overwogen dienden te worden en steunde het project. Uit de vergadering besloten we dat we ons gingen beperken tot COPD patiënten die een Globaal Medisch Dossier (GMD) hadden in onze praktijk.

Het BOV-project dat in onze gemeente wordt gepromoot is voor velen nog onbekend. Dit project zou mogelijks een uitkomst kunnen bieden voor dit probleem in onze praktijk. Het doel van dit praktijkverbeterend project was dus het motiveren van onze de gekende COPD patiënten in onze praktijk voor meer lichaamsbeweging en ze hiervoor te verwijzen naar de BOV coach.

Tevens proberen we blijvende verbeteringen aan te brengen zodat het kwaliteitsbevorderende project geen snelle dood kent nadat de initiatiefnemer ervan uit de praktijk vertrekt.

6.1.4 Understand the proces/uncover the problem = Probleemanalyse-visgraatanalyse

Aan de hand van een visgraat-analyse (Figuur 4) hebben we getracht de barrières in kaart te brengen die ons verhinderen de gewenste kwaliteit van zorg te behalen. De weerstanden werden besproken vanuit vier perspectieven: persoons-, infrastructuur-, praktijk- en externe factoren.

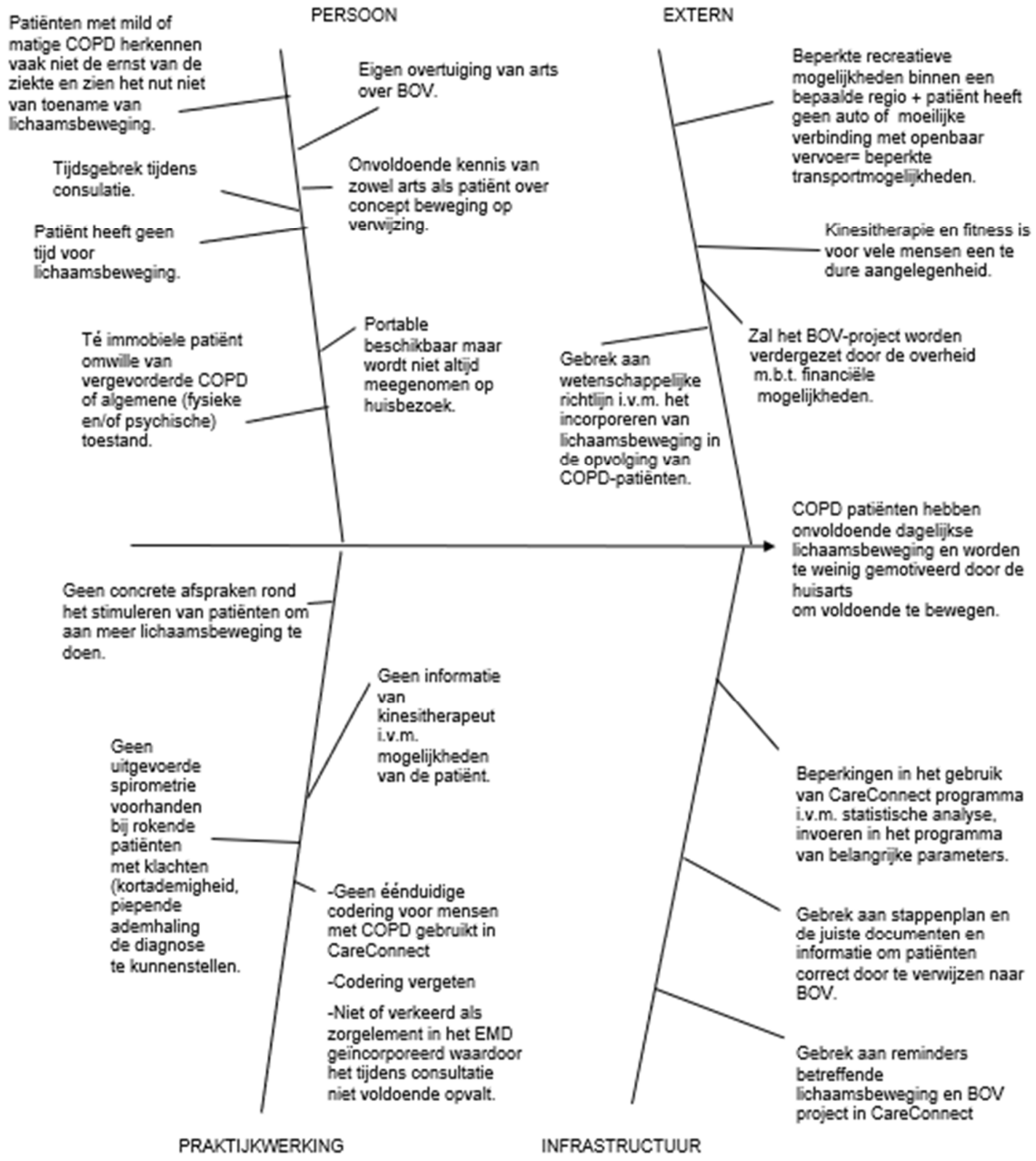


Fig.4: Barrières voor het motiveren van COPD patiënten tot meer beweging in een visgraatanalyse.

6.2 De PDCA-cyclus

6.2.1 Plan

Eens de barrières geconcretiseerd, werd gekeken welke barrières wij in onze praktijk konden aanpakken.

Wat betreft de infrastructurele factoren dienden we als eerste punt na te denken over hoe we de patiënten zouden aanspreken om het BOV-initiatief toe te lichten. Hierbij werd er gekozen om te werken via een pop-up in het dossier dat aanwezig diende te zijn bij alle COPD – en ACOS patiënten met een actief GMD (Globaal Medisch Dossier) in de praktijk. Het plaatsten van een pop-up in het dossier deed de aandacht duidelijk toenemen naar het project.

Om struikelpunten betreffende de praktijkwerking aan te pakken, werd een stappenplan of flowchart (zie figuur 5) opgemaakt die door alle meewerkende artsen in kwestie werd benuttigd. Hieronder vindt u een uitgebreide toelichting van de flowchart.

Het project werd uitgevoerd over een periode van zeven maanden. In een eerste periode van vier maanden (van juli 2018 t.e.m. oktober 2018) werden alle COPD- en ACOS patiënten die zich in de praktijk aanmeldden, werden bevraagd naar hun socio-demografische gegevens, co-morbiditeiten en hun fysieke activiteit. Indien de patiënt minder dan 30 minuten per dag een activiteit aan matige intensiteit beoefende, werd men geïnformeerd over de positieve effecten van dagelijks voldoende lichaamsbeweging en het concept van Bewegen Op Verwijzing werd nader toegelicht.

Nadien werd nagegaan of men behoorde tot de exclusiecriteria. Patiënten die in behandeling waren voor pulmonaire rehabilitatie onder leiding van een kinesitherapeut, onder zuurstoftherapie stonden, zwangere vrouwen, rusthuisbewoners en mensen die zich omwille van fysieke redenen onmogelijk konden verplaatsen naar de praktijk of BOV coach, werden geëxcludeerd. Sporadisch werd naar elke deelnemende arts een reminder gestuurd en overlopen welke patiënten nog ingelicht/geïnformeerd dienden te worden.

Nadien werd er een voorstel gemaakt om zich in te schrijven voor het BOV-project. Indien de patiënt zijn akkoord gaf, werd er eerst een uitgebreide anamnese afgenomen door de arts in kwestie. Passend binnen het normale consult voor opvolging van COPD patiënten en gebaseerd op de EBM-richtlijnen voor COPD.
De anamnese werd gevoerd a.d.h.v. een pre-event invulformulier (zie bijlage 5) dat diende om alle gegevens van fysieke activiteit, co-morbiditeiten, rookgedrag,... van de patiënt in kaart te brengen. Deze vragenlijst baseerde zich grotendeels op de parameters gebruikt in het rapport 'BOV 2012'.[6] Het pre-event formulier werd door de huisarts in kwestie ingevuld en zorgvuldig bewaard in een specifiek daarvoor voorbestemde map op het bureaublad van elke gebruikte computer in de praktijk aanwezig.

Tenslotte werd een verwijsbrief voor de BOV-coach opgemaakt en nam de patiënt zelf contact op met de BOV coach via telefoongesprek of per SMS met daarin "bewegen". Voorafgaandelijk werd indien de patiënt akkoord was om deel te nemen aan het project, het informed consent ondertekend (bijlage 7). Deze verklaarde dat de patiënt op de hoogte werd gesteld van het opzet van het project en instemde met het feit dat zijn of haar gegevens zouden gebruikt worden voor dit kwaliteitsverbeterend project.

Indien de patiënt had deelgenomen, kregen patiënten drie tot zes maanden (uiterlijk tot eind januari 2019) na het eerste gesprek met de huisarts een gratis vervolgafspraak in onze praktijk en werd een post-event formulier (zie bijlage 6) ingevuld door de huisarts. Dit formulier werd opgesteld om kwaliteitsbevorderende effecten van het project te kunnen evalueren.

Patiënten die weigerden in het project in te stappen of in eerste instantie terughoudender waren, ging men blijven stimuleren. Rekening houdend met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Dit gebeurde a.d.h.v. een eigenhandig gemaakte patiënten-folder (zie bijlage 3) die werd meegegeven. Alsook werd in de wachtzaal reeds op verschillende plaatsen een zelf ontworpen informerende poster opgehangen (zie bijlage 4). Deze zette de patiënt reeds onbewust aan tot participatie. De poster besteedde ook de aandacht op de verschillende symptomen van de aandoening zoals kortademigheid, piepende ademhaling en sputumproductie. Symptomen die vaak als normaal worden beschouwd bij de rokende patiënt.

Een overzicht van de te volgen stappen kunt u in figuur 5 terugvinden. Deze flowchart werd ook op het bureau van de praktijk geplaatst als geheugensteun voor iedere arts.
Wanneer op het einde van het project alle Invulformulieren werden verzameld, vond voorafgaandelijk aan de analyse van de resultaten een codering van de gegevens plaats. Aangezien we werken met vervolgconsultaties is het noodzakelijk om patiënten te kunnen identificeren. Het coderen van patiënten verliep via input van resultaten in een Excel file.

Aangezien elke dag patiënten de diagnose COPD kunnen krijgen a.d.h.v. spirometrie of nieuwe patiënten zich kunnen aanmelden in onze praktijk, werden herhaaldelijke extracties uitgevoerd met het CareConnect onderdeel ‘statistiek’ om zo de actieve lijst met COPD patiënten actueel te houden. Hieruit extraheerden we 38 patiënten waarbij het zorgelement gelijk was aan R95 (ICPC-2 code), d.w.z. slechts 0,55% van onze actieve patiëntenpopulatie.

Op vlak van persoonsgebonden factoren werd er in verband met het tijdsgebrek tijdens de consultaties bij de collega-artsen afgesproken een extra consult in te plannen bij de HAIO. Om zo de volledige uitleg te kunnen verschaffen omtrent het BOV-initiatief. Nogmaals, om het principe van Bewegen Op Verwijzing duidelijk te maken werden in de wachtzaal informatieaffiches opgehangen alsook werd na de toelichting tijdens het consult een extra flyer met de nodige informatie meegegeven. Elke praktijkvergadering werden de collega’s gebriefd over het project alsook via mail werden de nodige herinneringen verstuurd.

De externe factoren die moesten worden aangepakt, waren vooral het integreren van de nieuwe GOLD richtlijnen (2019) m.b.t. de fysieke activiteit voor COPD- en ACOS patiënten. Alsook konden we vaststellen dat de BOV-coach beduidend goedkoper was voor onze patiënten dan een, fitnessabonnement of kinesitherapiesessies. Zie onderdeel 5.6 Bewegen op Verwijzing.

Voor de uitvoering van het project werd de goedkeuring verkregen van het Ethisch Comité van het UZ Brussel. Goedkeuring in bijlage 1.

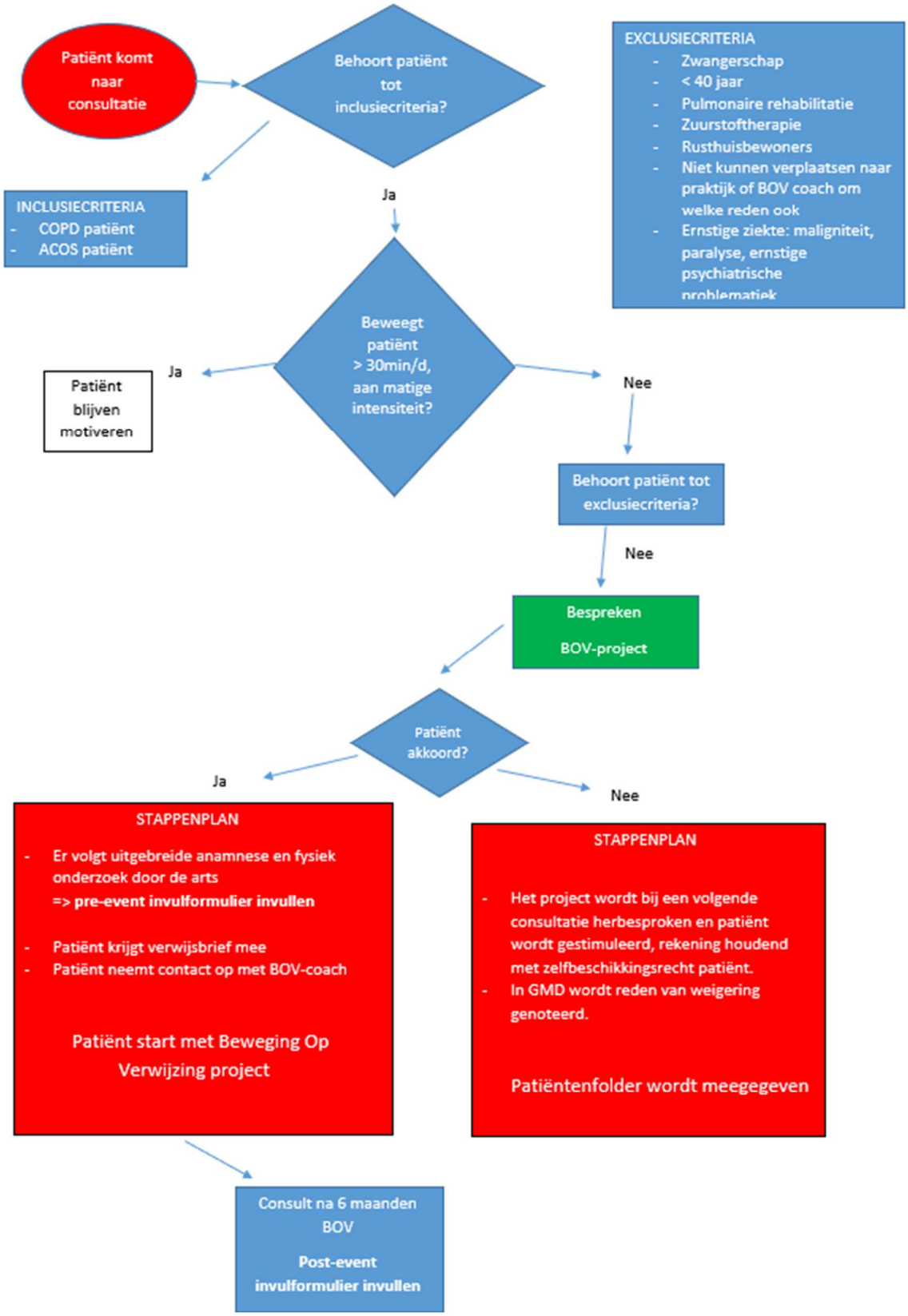


Fig.5: Flowchart: hoe gingen we te werk in de praktijk voor het includeren van onze COPD en ACOS patiënten.

6.2.2 Do en check

6.2.2.1 DO

- Elke COPD patiënt die spontaan naar de praktijk komt in de loop van een termijn van 4 maanden (van 1 juli 2018 t.e.m. 31 oktober 2018), en welke binnen onze inclusiecriteria valt, zal geïncludeerd worden in het project.
- In elke consultatieruimte werd de **flowchart** op een duidelijk zichtbare plaats ter beschikking gesteld.
- Patiënten werden bij aanvang gevraagd een **informed consent** te ondertekenen om patiëntengegevens te mogen gebruiken voor dit praktijkbevorderend project. (zie bijlage 7). Dit formulier werd steeds ter beschikking gesteld van elke consultatieruimte.
- **Verwijsbrief** werd op bureaublad van elke computer in elke consultatieruimte geplaatst
- **Patiënten-folders** werden ter beschikking gesteld in elke consultatieruimte.
- **Posters** werden opgehangen in de wachtzaal op duidelijk zichtbare plaatsen.

6.2.2.2 CHECK: resultaten van het kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Na het eerste gesprek met de huisarts kon de patiënt gratis op consultatie komen bij Dr. De Cock Caroline (ikzelf) om het project te bespreken, de patiënt blijven aan te moedigen de opgebouwde dagelijkse fysieke activiteit verder te zetten alsook mogelijke valkuilen te onderscheppen. Patiënten dienden de coaching voor minstens drie maanden gevolgd te hebben om een goede evaluatie van het BOV project te kunnen doen.

Uiteraard zullen patiënten na afloop van het project moeten blijven gemotiveerd en opgevolgd worden.

Bovendien werd gekeken naar de bekomen resultaten om vooral gevolgtrekkingen te formuleren die een antwoord kunnen bieden op onze vragen. Hiervoor werd een periode van ongeveer twee maanden uitgerekend (februari 2019 t.e.m. maart 2019). De codering van de gegevens vonden voorafgaand aan de analyse ervan plaats.

Aan de hand van de voorgenoemde structuur- proces- en outcome indicatoren werd de analyse voor dataverzameling overlopen.

De volgende kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd:

a) Structuur-indicatoren

- De aanwezigheid van **folders** en de **flowchart** in de consultatieruimte.
- Aanwezigheid van informerende **affiche** in de wachtzaal welke regelmatig wordt opgemerkt door de COPD patiënten.
- A.d.h.v. **pre- en post event formulieren**, aanwezig op de bureaubladen van beide gebruikte computers alsook de laptop voor de huisbezoeken, werd een beeld geschetst van onze COPD patiënten. Hierbij werd gepeild naar de leeftijd van de patiënt, het rookgedrag, het financiële statuut van de patiënt, werksituatie, co-morbiditeiten, bewegingsintensiteit per dag en de aanwezigheid van spirometrie in het **EMD**. Deze vragen hielpen ons helpen om de kwaliteit van opvolging van onze COPD patiënten in kaart te brengen.
- Er werd een **pop-up** aangemaakt in het elektronisch medische dossier voor het alert maken van de BOV-verwijzing bij desbetreffende patiënt die zich aanmeldde tijdens de gebruikelijke consultaties.

b) Procesindicatoren: (processen die uitgevoerd worden om de kwaliteit te verbeteren)

Het project werd, zoals op voorhand afgesproken, toegelicht bij elke COPD patiënt die een pop-up had staan in het Elektronisch medisch dossier (in CareConnect bij thema “Planning”) dat vooraf aan het dossier werd toegevoegd.
Voor een optimaal gebruik van het EMD in de toekomst werden enkele aanpassingen aangebracht om zo op termijn tot een kwaliteitsverbetering te komen.

- Bij het onderdeel ‘documenten’ werd gezocht naar meest recente spirometrie en/of meest recente verslag van de longspecialist.
    - Wanneer was laatste spirometrie? Wat waren de waarden van die spirometrie?

- Bij het onderdeel ‘parameters’ werd gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot het noteren van belangrijke parameters van de patiënt.
    - In de basisset van het programma werd belangrijke informatie over de lichaamsbeweging neergeschreven. Echter kon men slechts kiezen tussen onvoldoende, minimaal, goed, recreatiesport, competitiesport of onmogelijk.
    - Ook is er de set **‘chronisch obstructief longlijden’**. Hierin werden volgende parameters ingevuld indien voorhanden: GOLD classificatie, GOLD-groep (te kiezen uit A,B,C,D), gewicht, lengte, BMI.
    - Alsook de rookgeschiedenis (te kiezen uit: rookt, <6 maand (recent) gestopt, ex-roker, nooit gerookt) en spirometrische parameters (FEV1, FVC, Tiffeneau-index en zuurstofsaturatie) werden ingevuld. Indien een spirometrie in de praktijk zelf werd uitgevoerd, werden gegevens zoals FEV1, FVC en Tiffeneau index meteen automatisch geïncorporeerd in deze set aangezien het CareConnect programma automatisch gekoppeld is aan het Spirro-Connect programma. Deze wordt in onze praktijk als standaard gebruikt.

- Bij het CareConnect onderdeel ‘planning’ werd het volgende genoteerd bij de COPD waarbij dit ontbrak:
    - Vaccinatie te plannen
    - Spirometrie te plannen
    - Rookanamnese voeren en aanvullen

c) Outcome-indicatoren:

1. Populatie

In onze praktijk hebben tot op heden 38 patiënten de expliciete diagnose “COPD” toegekend gekregen in het Elektronisch Medisch Dossier, waarvan 25 mannen (65,8%) en 13 vrouwen (34,2%). Ook ACOS-patiënten (Astma COPD overlapsyndroom) werden mee in rekening gebracht en gemotiveerd. Dit bedroeg drie van de 38 COPD patiënten. Over een periode van vier maanden (van 1 Juli 2018 tot en met 31 oktober 2018) hebben alle 38 patiënten zich vrijwillig aangeboden op de consultatie. De leeftijd van onze studiepopulatie varieerde van 39 tot 90 jaar, de gemiddelde leeftijd bedroeg 64 jaar. Voor de mannelijke populatie bedroeg de gemiddelde leeftijd 66,3 jaar; voor de vrouwelijke populatie was dit 59,5 jaar.

2. Populatiekenmerken voor de interventie

Als we keken naar de rookstatus van alle patiënten, zien we dat 21 patiënten (55,3%) actueel rookt, 15 patiënten (39,5%) is ex-roker en twee patiënten (5,3%) zeggen nooit gerookt te hebben. Bij 15 van de 38 patiënten was het aantal pakjaren gekend (gemiddeld 38,4 pakjaren). Twee patiënten (5,3%) gaven aan geen sigaretten te roken maar eerder Cannabis of sigaren. Van de overige 21 COPD patiënten (55,3%) was het aantal pakjaren niet gekend.

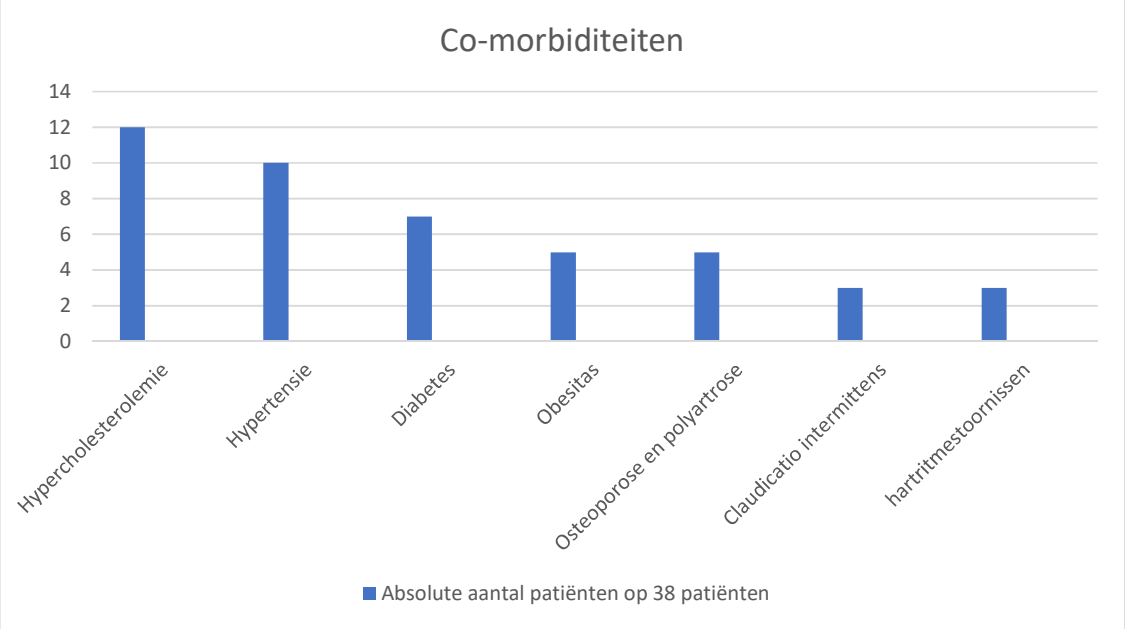
Van de ondervraagden hadden 28 patiënten (73,7%) een verhoogde tegemoetkoming. Van alle patiënten hadden 14 patiënten (36,8%) het statuut van 'chronisch zieke', 16 patiënten (42,1%) waren gepensioneerd. Twee patiënten waren actueel werkloos, vijf patiënten waren momenteel nog aan het werk en van één persoon was de werksituatie niet gekend.

Tabel 1 geeft een overzicht van alle socio-demografische gegevens.

Socio-demografische gegevens van de studiepopulatie	**Frequentie (n=38)**	**Percentage (%)**
Geslacht		
Man	25	65,8
Vrouw	13	34,2
Vorm van obstructie		
COPD	35	92,1
ACOS	3	7,9
Rookstatus		
Roker	21	55,3
Ex-roker	15	39,5
Nooit gerookt	2	5,3
Financiële toestand		
VT	28	73,7
Geen VT	10	26,3
Werksituatie		
Student	0	0
Werkend	5	13,2
Huisvrouw/huisman	0	0
Werkzoekend/werkloos	2	5,3
Chronisch zieke	14	36,8
Gepensioneerd	16	42,1
Niet gekend	1	2,6

Tabel 1: Overzicht van het geslacht, aard van de aandoening, rookstatus, financiële toestand en werksituatie van alle COPD-en ACOS patiënten.
Afkortingen: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Astma-COPD -OverlapSyndroom (ACOS), Verhoogde tegemoekoming (VT).

De meest voorkomende co-morbiditeiten waarmee COPD-patiënten te maken hebben, werden uit de dossiers geëxtraheerd. Deze waren hypercholesterolemie, hypertensie, claudicatio intermittens, ritmestoornissen zoals voorkamerfibrilleren (VKF), diabetes, obesitas osteo-arthropathieën. Grafiek 1 geeft in dalende volgorde van voorkomend, de verdeling weer van de meest voorkomende co-morbiditeiten.



Grafiek 1: Meest voorkomende co-morbiditeiten van de 38 COPD en ACOS patiënten.

Aan het begin van het project werd er bij 28 patiënten (73,7%) een activiteit met zeer lichte intensiteit waargenomen. Zeven patiënten deden minder dan 30 minuten aan activiteiten met matige intensiteit en twee patiënten leverden activiteiten langer dan 30 minuten aan matige intensiteit. Eén patiënt was bedlegerig.

Binnen de volledige patiëntengroep werd bij 15 patiënten (39,5%) geen recente spirometrie (≤ drie jaar geleden, gebaseerd op de maximale termijn gebruikt in de NHG standaard COPD) teruggevonden. Hiervan stonden acht patiënten onder geen enkele behandeling.

Van de 23 patiënten mét recente spirometrie hadden drie patiënten een GOLD klasse 1 diagnose gekregen, 13 patiënten GOLD klasse 2, vijf patiënten GOLD klasse 3 en één persoon GOLD klasse 4. Wat betreft de GOLD groepen behoorden van deze 23 patiënten, acht patiënten tot groep A, negen patiënten tot groep B, vier patiënten tot groep C en twee patiënten tot groep D.

3. Resultaten na het uitvoeren van de interventie

Op basis van de exclusiecriteria die vooraf opgesteld werden, werden 23 patiënten overgehouden die in aanmerking kwamen om aan het project deel te nemen. Eén persoon was jonger dan 40 jaar, tien patiënten konden zich niet verplaatsen naar de BOV coach, één patiënt stond onder zuurstoftherapie, één patiënt onderging op het moment van de interventie een gespecialiseerde pulmonaire rehabilitatie en twee patiënten hadden meer dan 30 minuten per dag lichaamsbeweging aan matige intensiteit.

Tabel 2 geeft een overzicht van de verdeling van patiënten op basis van exclusiecriteria

Exclusiecriteria	**Frequentie patiënten (n=15)**	**Percentage (%)**
Beweging > 30 min/d matige intensiteit	2	13,3
Zwangerschap	0	0
Leeftijd <40 jaar	1	6,6
Pulmonaire rehabilitatie	1	6,6
Zuurstoftherapie	1	6,6
Rusthuisbewoner	0	0
Zich niet kunnen verplaatsen naar de BOV coach om welke reden ook	10	66,6
Ernstige ziekte: maligniteit, paralyse	0	0

Tabel 2: Overzicht van exclusiecriteria en hun verdeling

Van de 23 geïncludeerde personen, weigerden 13 patiënten, 6 patiënten gaven hun akkoord en ondertekenden het informed consent, waarna ze een verwijsbrief mee naar huis kregen. Tenslotte hielden, na het verstrekken van de nodige informatie vier patiënten, het project in beraad**.**

Vaak werd de psychiatrische of psychologische problematiek als weigeringscriteria gebruikt, echter ook psychiatrische patiënten hebben nood aan beweging, dit zal het psychologisch welzijn ten goede komen. Echter de eerste stap zetten blijkt vaak het moeilijkste deel van het overtuigingsproces. Men acht zichzelf niet in staat om aan beweging te doen of om zich te verplaatsen naar de BOV coach. Ondanks het nut van ophogen van dagelijkse lichaamsbeweging werd het reeds uitvoeren van kinesitherapie in rekening gebracht als weigeringscriteria.

Tabel 3 geeft een overzicht van de voornaamste redenen van weigering en hun frequentie.

Weigeringscriteria	**Frequentie patiënten (n=13)**	**Percentage (%)**
Geen motivatie om te bewegen	3	23,1
Ik beweeg al genoeg	3	23,1
Inspanningsdyspneu	3	23,1
Psychiatrische problematiek	1	7,7
Alcoholmisbruik	1	7,7
Opgenomen in het ziekenhuis voor operatie	1	7,7
Doet reeds kinesitherapie voor andere aandoening	1	7,7

Tabel 3: Overzicht van alle weigeringscriteria gebruikt door 13 patiënten die tot inclusiecriteria behoorden.

Tijdens het opvolggesprek, zo'n 3-5 maanden na het kennismakingsgesprek, werd het vooropgestelde post-event formulier ingevuld door de desbetreffende arts (= nameting). Als outcome-indicatoren baseerden we ons op alle vragen geformuleerd in het post-event formulier. Slechts één persoon heeft in de periode van drie maanden contact opgenomen met de BOV-coach en zijn/haar ja-woord gegeven om deel te nemen aan het BOV-project.

Op basis van het post-event formulier kunnen we opmaken dat de belangrijkste motieven van de patiënt om via een gespecialiseerde coach aan beweging te doen osteoporose, COPD, fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom waren. De patiënt volgde een intake gesprek en een opvolggesprek en nam individueel deel aan de begeleiding. Echter liet nadien niets meer van zich horen volgens de BOV-coach. Vandaar het belang van terugkoppeling van de BOV coach naar de huisarts via een verslag.

Echter bij het vervolggesprek met de patiënt via de huisarts gaf de patiënt wel aan meer aan beweging te doen. De patiënt ervaarde fysiek wel erg veel pijn. Dit was alsook de voornaamste reden tot vervroegde afbraak van de coaching.

6.2.3 Act

Het project is geslaagd wanneer een significant aantal COPD- patiënten daadwerkelijk deelgenomen hebben aan het BOV-project. In dit geval kunnen we concluderen dat we niet geslaagd zijn in ons opzet. Echter het motiveren van patiënten voor Beweging Op Verwijzing werd niet afgesloten na het kwaliteitsbevorderend project, omdat ze in de toekomst kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg.

Tijdens de evaluatie van het BOV project op de praktijkvergadering hadden we besloten dat we zouden kiezen voor het aanpassen (to adjust) van het project. Het project laat een positieve boodschap achter, echter waren er nieuwe barrières tevoorschijn gekomen die een aanpassing vroegen van het originele plan. De deelnemende artsen in onze praktijk blikken positief terug op dit project. Ze gaven aan dat het invullen van pre- en post- eventformulieren omslachtig en tijdrovend was. Alsook werd de flowchart als te ingewikkeld beschouwd en zal in de toekomst als inclusiecriteria worden geopteerd voor de gediagnosticeerde COPD patiënten die minder dan 30 minuten per dag bewegen.

Aangezien de belangrijke indicatie voor COPD patiënten en ondanks de lage succesratio die bereikt werd, beslisten we door middel van pop-ups herhalingen aan te brengen in de patiëntendossiers. Alsook werd de verwijsbrief geïncorporeerd in het medisch dossier onder eigen documenten/sjablonen.
Het thema COPD kreeg dankzij dit project een grotere belangstelling voor zowel arts als patiënten. Het recente concept van Beweging Op Verwijzing werd uitgebreid toegelicht in onze praktijk waardoor alle deelnemende artsen hierover voldoende kennis verwierven. De communicatie met de BOV coach door middel van goed opgemaakte verslagen nadat een patiënt het project aanvatte, werd zeer positief ontvangen door alle collega's.

Om in de toekomst onze patiënten te blijven motiveren, zullen de meest informatieve affiches zo lang mogelijk in de wachtzaal aanwezig blijven. Echter door een overdaad aan informatie in de wachtzaal, was deze van het BOV project te weinig zichtbaar. Gedateerde affiches zullen verwijderd worden.

Om meer COPD patiënten te kunnen diagnosticeren zullen meer spirometriëen moeten worden uitgevoerd bij risicopatiënten. Hiervoor dient een risicoanalyse te worden verricht bij elke patiënt. Dit behoort tot het takenpakket van de huisarts. Alsook indien uit verslagen en patiëntenbrieven blijkt dat er COPD aanwezig is, zal de ICPC-2 code alsnog aan het EMD toegevoegd worden. Voornamelijk bij alle rokende patiënten zal het dossier nagekeken worden op eventuele spirometrieën en diagnose van COPD. In de mate van het mogelijke zal er een spirometrie uitgevoerd worden in de praktijk of zal de patiënt doorgestuurd worden voor eventuele spirometrie en verdere oppuntstelling. Collega's zullen worden aangemoedigd om na spirometrisch onderzoek de Parameterset van Careconnect "chronisch obstructief longlijden" systematisch in te vullen. Hierdoor kunnen waarden t.o.v. elkaar vergeleken alsook geraadpleegd worden. Eventueel dient op basis van deze waarden ook een consultatie bij de longspecialist te worden ingepland.

In de toekomst zal in de praktijk getracht worden, te kijken of COPD patiënten zijn gevaccineerd tegen influenza virus en pneumokokken. Bij elke COPD patiënt werd tegelijkertijd ook influenza en pneumokokken vaccinatiestatus bekeken en zo nodig op de planning gezet. Verder zal men de rookanamnese trachten in te plannen alsook rookstopbegeleiding aangemoedigd worden. Hierbij kan verwezen worden naar de tabacoloog die in onze praktijk werkzaam is.

Alle hierboven vermelde voornemens werden bij alle gekende COPD patiënten in onze praktijk reeds in elektronisch medisch dossier aangevuld bij planning.

7. Bespreking

Het doel van dit praktijkbevorderend project was het BOV project te implementeren bij COPD patiënten en dus meer patiënten aan het bewegen te krijgen. Tijdens dit hele project is gebleken dat het doelpubliek niet eenvoudig te bereiken was, en dit zowel door een gebrek aan motivatie als een gebrek aan ziekte-inzicht. We kunnen concluderen dat het motiveren van een specifiek aantal COPD patiënten tot meer lichaamsbeweging als moeilijk werd ervaren. Zes van de 38 COPD patiënten namen effectief deel aan het onderzoek. Hiervan heeft één patiënt zich meer dan eenmaal aangemeld bij de BOV coach, echter het traject vervroegd afgebroken. Nadeel van dit onderzoek is ook het feit dat het om een zeer kleine studie gaat (38 patiënten), waardoor de resultaten moeilijk extrapoleerbaar zijn naar andere huisartsenpraktijken.

Wat minder uit ons project naar voren kwam maar in de literatuur wel werd aangehaald, is dat de grootste barrières voornamelijk ligging, cultuur, het financiële aspect, transport en andere logistieke middelen waren.[9] Beweging op verwijzing aan huis zou een van de mogelijkheden zijn, echter zou het kostenplaatje alleen maar verhogen voor zowel patiënt als overheid. Daar waar Halle, Beersel en Sint-Pieters-Leeuw wel al een extra inspanning doet in de bekostiging van het BOV project.

De kracht om patiënten te motiveren en te overtuigen een nieuw project aan te vatten is belangrijk. Zoals bij longrevalidatie zijn de meeste struikelpunten tot motiveren van patiënten, te wijten aan onwetendheid over het project alsook de ongekende voordelen, door zowel de zorgverlener als patiënt.[9] Eerst dienen artsen overtuigd te worden van het BOV project, nadien volgt de bevolking. Vaak werden aan het begin van de consultatie reeds de verschillende affiches in de wachtzaal over Beweging Op Verwijzing opgemerkt en aangehaald door de patiënt zelf. Dit maakte verdere informatieverstrekking eenvoudiger en sneller aangezien de patiënt reeds zichzelf hierover kon informeren. Recent zijn er de campagnes van de Vlaamse Overheid (in 2019) via radio, televisie en e-mail die beweging op verwijzing aantrekkelijker trachten te maken.

Een aandachtspunt in onze praktijk blijft het nagaan van voldoende lichaamsbeweging bij al onze patiënten, alsook het uitvoeren van spirometrie om de diagnose van COPD uitdrukkelijk te stellen. Om de diagnose te kunnen stellen dient er een spirometrie afgenomen worden die een irreversibel obstructief lijden aantoont. Dit is voor vele huisartsenpraktijken zeer arbeids- en tijdsintensief. Dit laatste pijnpunt is vaak ook te wijten aan het feit dat spirometrieën en rookgeschiedenis vaak moeilijk terug te vinden zijn in de patiëntendossiers. Dit omdat spirometrieën vaak aangevraagd worden door de behandelende pneumoloog en de huisarts niet op de hoogte gebracht wordt van het bestaan hiervan. Ook de rookgeschiedenis en het berekenen van het aantal pakjaren door de pneumoloog bevraagd, worden vaak niet vermeld in hun consultatieverslag. Echter in de toekomst kan worden geoogd naar een doorverwijzing voor spirometrie mét terugverwijzing naar de huisarts of door de huisarts zelf. Zo kan men zelf reeds de start van de behandeling aanvangen en slechts indien bijkomende problemen zich voordoen, kan een eventuele verwijzing naar de longspecialist nuttig worden geacht.

8. Besluit

Het doel van dit praktijkbevorderend project was de bewustmaking van het project Beweging Op Verwijzing bij COPD patiënten in onze praktijk. We concluderen dat COPD patiënten moeilijk te overtuigen zijn tot meer beweging in het dagelijkse leven.

Het noteren van de actuele lichaamsbeweging, het navragen van rookstatus alsook het nagaan of er een spirometrie voorhanden is, heeft ons een duidelijk beeld gegeven over de algemene gezondheidstoestand en bewegingsactiviteit van onze COPD patiënten.

Ondanks weinig concrete veranderingen, hebben we intern in de praktijk een aantal structurele aanpassingen gedaan binnen het te gebruiken elektronisch medisch dossier. Zodoende dat alle artsen binnen de praktijk tot een efficiëntere praktijkwerking komen rond het motiveren en bewustmaken van patiënten voor meer dagelijkse beweging en aldus het verbeteren van de algemene levenskwaliteit.

Het bevorderen van lichaamsbeweging behoort tot het basis takenpakket van de huisarts en zou zowel bij gezonde als zieke patiënten moeten worden gepromoot. De basis van een goede compliantie en prognose van de aandoening COPD, is patiënten voldoende in te lichten over de ziekte, behandeling en prognose en zo in te spelen op een optimale secundaire preventie. Educatie zal echter minimale impact hebben op motivatie en gedragsverandering. Hiervoor is veel meer nodig. Maar dit kan wel een rol spelen in het inschatten van eigen vaardigheden, verbeteren van ziekte-inzicht en daaruit volgend gedragsverandering en motivatie.[27]

De artsen blikken positief terug op dit project. Echter uit de maandelijkse praktijkvergadering onder de collega-artsen kwam als voornaamste hekelpunt “tijdsgebrek” voor de nodige uitleg rond het BOV project naar voren en werd voor de uitleg van en verwijzing naar het project, naar een extra consultatie met de HAIO verwezen.

In de toekomst kan eventueel worden gezorgd voor een checklist of flowdiagram bij alle rokende patiënten in de praktijk. Dit zowel voor het stellen van de juiste diagnose als in te spelen op het tekort aan lichaamsbeweging bij deze patiënten.

9. Dankwoord

Deze thesis is tot stand gekomen dankzij de hulp van velen.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. Dr. Vandevoorde bedanken, voor de zeer goede begeleiding en de aangename samenwerking. Bedankt voor de snelle correspondentie, de beschikbaarheid en de vele aanwijzingen gedurende de voorbije twee jaar.

Ook mijn co-promotor en praktijkopleidster Dr. Van Rossem I. wil ik bedanken voor haar grote inzet en steun tijdens het verwezenlijken van deze thesis. Zonder haar aanmoedigingen, insteek en creativiteit zou deze thesis niet tot stand zijn gekomen.

Mijn dank gaat ook uit naar de praktijk van Dr. Van Rossem I, Dr. Van Rossem H. en Dr. Vandevenne waar ik mijn twee jaar HAIO doorbracht. Een menselijke, warme praktijk en zeer aangename werkomgeving en samenwerking. Bedankt voor jullie medewerking bij dit project, zonder jullie was het niet gelukt.

10. Referentielijst

1) Vlaams Instituut Gezond Leven. Beweegt de Vlaming genoeg? 2018. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/cijfers-beweging/beweegt-de-vlaming-genoeg
2) Smeyers L., Goris W., Deboutte F.,et al. BOV met succes verbreed! Dataverwerking Project Bewegen op Voorschrift In Leuven, 2013-2014. 2015 Maart; Available from: http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1115096
3) Decraene P.,Riso Vlaams -Brabant, vzw Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt, vzw Ready2Improve. Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift. 2012, Available from: http://bovleuven.be/onewebmedia/BOV_Rapport_2012.pdf
4) Vlaams Instituut Gezond Leven. Bewegen op verwijzing. 2018. Available from :https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing
5) Pitta F, Troosters T, Spruit MA, Probst VS, Decramer M, Gosselink R. Characteristics of physical activities in daily life in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171 (9): 972-7.
6) Watz H, Pitta F, Rochester CL, et al. An official European Respiratory Society statement on physical activity in COPD. Eur Respir J 2014; 44 (6): 1521-37.
7) Garcia- Aymerich J, Lange P, Benet M, schnohr P, Anto JM. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. Thorax 2006; 61 (9): 772-8.
8) Mantoani LC, Rubio N, McKinstry B, MacNee W, Rabinovich RA. Interventions to modify physical activity in patients with COPD: a systematic review. Eur Repir J 2016; 48(1): 69-81.
9) GOLD guidelines: Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2019 report). Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf
10) Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Kinesitherapeutische richtlijn COPD. 2016 September. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0094b
11) Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP. et al. NHG-Standaard COPD (Derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-copd
12) Longfonds. Wat is COPD. Available from : https://www.longfonds.nl/copd/alles-over-copd/wat-is-copd
13) UZ Leuven. Wat is COPD. Available from : https://www.copdleuven.be/index.php?id=full
14) Martijn A. Spruit, Chris Burtin, Patrick De Boever, et al. COPD and exercise : does it make a difference ? Breathe (Sheff). 2016 Jun; 12(2): e38–e49. doi: 10.1183/20734735.003916. Available from : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4933612/
15) David B. Coultas, Bradford E. Jackson, Rennie Russo , et al. A Lifestyle Physical Activity Intervention for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Randomized Controlled Trial. Ann Am Thorac Soc Vol 13, No 5, pp 617–626, May 2016. Available from : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018892/pdf/AnnalsATS.201508-508OC.pdf
16) Watz H, Pitta F, Rochester CL, et al. An official European Respiratory Society statement on physical activity in COPD. Eur Respir J 2014; 44: 1521–1537.
17) Cindy Ng LW, Mackney J, Jenkins S, et al. Does exercise training change physical activity in people with COPD? A systematic review and meta-analysis. Chron Respir Dis 2012; 9: 17–26. [PubMed]

18) Spruit MA, Pitta F, McAuley E, et al. Pulmonary rehabilitation and physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2015; 192: 924–933. [PubMed]
19) Thorpe O, Johnston K, Kumar S. Barriers and enablers to physical activity participation in patients with COPD: a systematic review. J Cardiopulm Rehabil Prev 2012; 32: 359–369. [PubMed]
20) Wissam M, Byron M, Omar A, et al. Comorbidities in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Proc Am Thorac Soc. 2008 May 1; 5(4): 549–555. [PubMed]
21) Georgios H, Fotis P, Ioanna T, et al. Managing comorbidities in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015; 10: 95–109. [PubMed]
22) Polkey MI, Spruit MA, Edward LD, et al. Six-minute-walk test in chronic obstructive pulmonary disease: minimal clinically important difference for death or hospitalization. Am J Respir Crit Care Med 2013; 187 (4): 382-6.
23) Waschki B, Kirsten A, Holz O, et al. Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. Chest 2011; 140 (2): 331-42
24) Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004; 350 (10): 1005-12.
25) Demeyer H, Duenas-Espin I, De Jong C, et al. Can health status questionnaires be used as a measure of physical activity in COPD patients? Eur Respir J. 2016 May;47(5):1565-8. doi: 10.1183/13993003.01815-2015. Epub 2016 Feb 25.
26) Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ernstige chronische ademhalingsstoornissen: tegemoetkoming in de kosten van een revalidatie in een gespecialiseerd centrum. 2018, 30 Juli. Available from : https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/ademhalingsziekten/Paginas/ernstige-chronische-ademhalingsstoornissen-tegemoetkoming-kosten-revalidatie-gespecialiseerd-centrum.aspx
27) Effing TW, Vercoulen JH, Bourbeau J, et al. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. Eur Respir J 2016; 48 (1): 46-54.
28) Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB, Witek TJ, Jr., Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2005; 127 (3) : 809-17.
29) Ramirez-Venegas A, Ward J, Lentine T, Mahler DA. Salmeterol reduces dyspnea and improves lung function in patients with COPD. Chest 1997; 112 (2): 336-40.
30) O'Donnell DE, Fluge T, Gerken F, et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004; 23(6): 832-40.
31) Bernard S, Whittom F, Leblanc P, et al. Aerobic and strength training in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159 (3): 896-901.
32) Gold Board of directors, Gold science committee, Gold program directors. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: A guide for Health Care Professionals 2019 Edition. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-DRAFT-v1.7-14Nov2018-WMS.pdf
33) Chavannes N H., Vollenberg J J H., et al. Effects of physical activity in mild to moderate COPD: a systematic review. British Journal of General Practice, July 2002. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314362/pdf/12120732.pdf
34) Vlaams Instituut Gezond Leven. Veel gestelde vragen uitbetalingssysteem. 2018. Available from : https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/veelgestelde-vragen-uitbetalingssysteem

35) Vanden Bussche P., Seuntjens L., Grouwels D., Dokteren met kwaliteit. 1e uitgave. Antwerpen: Standaard uitgeverij nv; 2008.
36) Vorrink SN, Kort HS, Troosters T, et al. Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. Respir Res 2011; 12: 33.

11. Bijlagen.

Bijlage 1: Goedkeuring Ethische commissie UZ Brussel

Universitair Ziekenhuis Brussel

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 21-03-2018

Ons Kenmerk: 2018/102

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Beweging op verwijzing voor COPD patiënten : een kwaliteitsverbeterend project
B.U.N. 143201835714

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de vergadering van 21 maart 2018

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

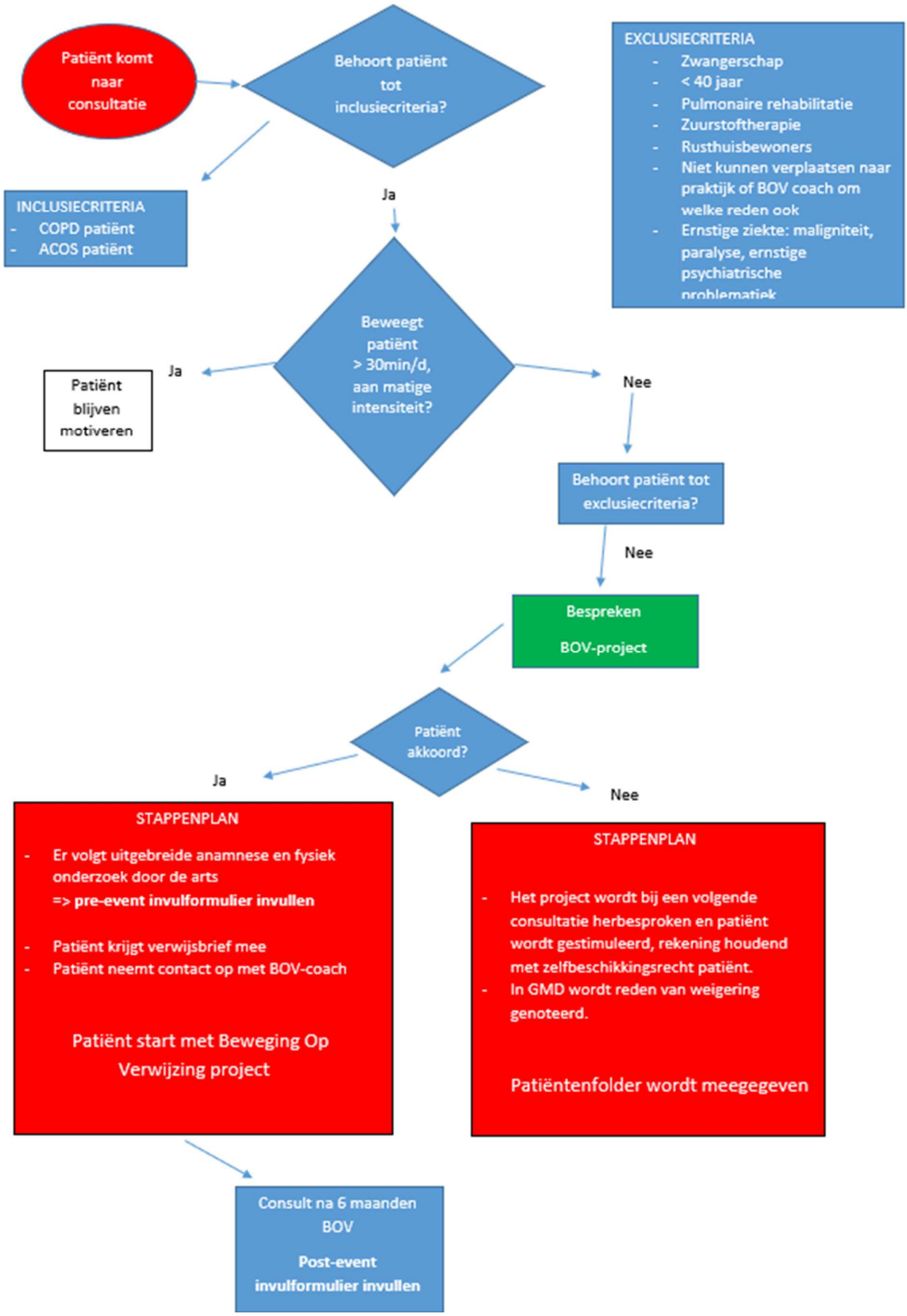
Meeting date: 21-03-2018
Ons kenmerk: 2018/102

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 28-02-2018)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. M. Deneyer, MD, PhD	CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Prof. dr. T. Goffin, LLM, PhD	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	M
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Mrs. B. Blommaert	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. de Asmundis, MD, PhD	Cardiology UZ BRUSSEL	M
Prof. dr. P. Forget, MD, PhD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Lintermans	Patient representative External Member	F
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Apr. I. Smolders, PhD	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Mrs. A. Van Scharen, LLM	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

Bijlage 2: flowchart



BIJLAGE 3: PATIËNTENFOLDER EN PRAKTISCHE GEGEVENS VOOR PATIËNTEN

Bewegen op verwijzing: Wat en hoe?

Bewegen op verwijzing helpt mensen een actievere levensstijl te ontwikkelen. Door middel van een BOV-coach die zowel professionele coaching voorziet als samen met de patiënt een beweegplan opstelt en aanvullende tips voorziet om het in de toekomst vol te houden. Zowel op fysisch, mentaal als sociaal vlak kan een actieve levensstijl heel wat positieve effecten bekomen.

Het voordeel van een beweegcoach is dat hij/zij de patiënt veel informatie kan verstrekken over activiteiten, sporten of verenigingen in je gemeente actief zijn. Want ook dit houdt bewegen op verwijzing in.

De enige voorwaarde verbonden aan het project is dat de patiënt vooraleerst een verwijsbrief (zie bijlage 8) van de huisarts nodig heeft. Indien je minder dan 30 minuten per dag beweegt of indien je dagelijks urenlang neerzit zal je door je huisarts worden aangemoedigd, deel te nemen. Je hebt recht op een totaalpakket van 7 uur coaching per jaar tegen een voordelig tarief voor persoonlijke begeleiding, of 21 uur per jaar als je kiest voor groepsbegeleiding, en dit gedurende 2 kalenderjaren.

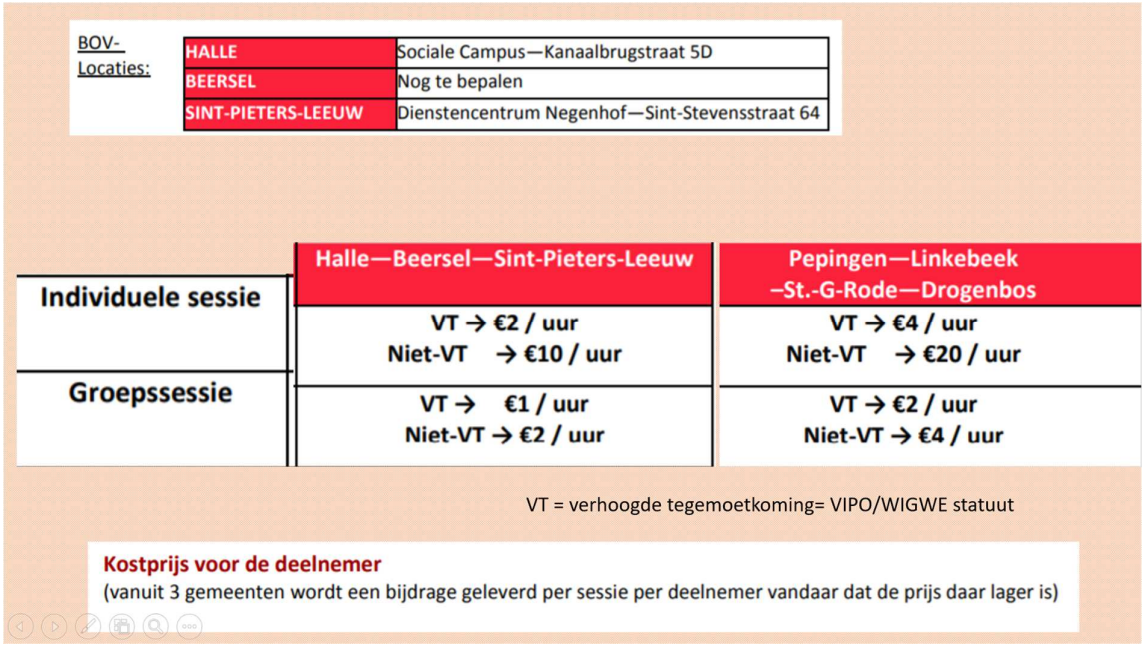
Hoe gaat dit in zijn werk? Na het opmaken van een concreet individueel beweegplan en/of voor beweging in groep, wordt na drie maanden een follow up verricht door de beweegcoach. Nog eens 6 maand later gebeurt nogmaals een evaluatie. Daarom wordt in ons project van deze tijdsduur gebruik gemaakt.

Voorbeeld van de patiënten-folder die zal worden gebruikt:

Voorzijde folder:



Achterzijde folder:



BOV-Locaties:

HALLE	Sociale Campus—Kanaalbrugstraat 5D
BEERSEL	Nog te bepalen
SINT-PIETERS-LEEUW	Dienstencentrum Negenhof—Sint-Stevensstraat 64

	Halle—Beersel—Sint-Pieters-Leeuw	Pepingen—Linkebeek –St.-G-Rode—Drogenbos
Individuele sessie	VT → €2 / uur Niet-VT → €10 / uur	VT → €4 / uur Niet-VT → €20 / uur
Groepssessie	VT → €1 / uur Niet-VT → €2 / uur	VT → €2 / uur Niet-VT → €4 / uur

VT = verhoogde tegemoetkoming= VIPO/WIGWE statuut

Kostprijs voor de deelnemer
(vanuit 3 gemeenten wordt een bijdrage geleverd per sessie per deelnemer vandaar dat de prijs daar lager is)

BIJLAGE 4 : AFFICHE WACHTZAAL



BIJLAGE 5: Bewegen Op Verwijzing: Pre-event invulformulier

Naam Patiënt:

Anamnese bij eerste contact:

Socio-demografische gegevens van de COPD patiënt:

Vraag 1: Geslacht van patiënt? :

Vraag 2: Leeftijd : …… jaar

Vraag 3: Rookgedrag:

Niet-roker
Roker
- Zo ja, hoeveel per dag : ……..
- Zo ja, aantal pakjaren: …….

Gestopt met roken
- Zo ja: hoe lang al gestopt: ……
- Zo ja: aantal pakjaren: ……

Vraag 4: Omnio/Verhoogde tegemoetkoming (VT) of geen Verhoogde tegemoetkoming (VT):

Omnio/VT
Geen VT

Vraag 5: Werksituatie:

Student
Werkend
Huisvrouw/huisman
Werk-zoekend/werkloos
Arbeidsongeschikt/ Chronisch zieke
Gepensioneerd
Andere:

Vraag 6: Zijn er belangrijke co-morbiditeiten aanwezig bij de patiënt? Zo ja, welke?:

Hartfalen/hartklachten
Diabetes
Hypertensie
Dyslipidemie
Gewichtsverlies
Obesitas
Spierzwakte/verlies
Depressie
Osteoporose
Longaandoeningen: infecties,
Maagzweer
Andere: …….

Vraag 7: Aantal minuten per dag dat men beweegt aan matige intensiteit? *(d.w.z.: minstens 30minuten per dag aan matige intensiteit (dit is een intensiteit waarbij men een dyspneu-level van 4-5 op de Borg schaal bekomt en waarbij het 1-2 minuten duurt tot herstel*)?

Ik ben bedlegerig
Ik beweeg (bijna) niet / (zeer) lichte intensiteit
<30min/dag matige intensiteit
> 30min/dag aan matige intensiteit
Ik sport Intensief

Vraag 8: Is er een recente (<3 jaar geleden) spirometrie voorhanden in EMD?

JA (In welke GOLD groep valt de patiënt)
- A
- B
- C
- D

NEE

BIJLAGE 6: post-event formulier

Bewegen Op Verwijzing: Post-event invulformulier

Naam Patiënt:

Vraag 1:

Niet-roker
Roker
- Zo ja, hoeveel per dag : ……..
- Zo ja, aantal pakjaren: …….

Gestopt met roken
- Zo ja: hoe lang al gestopt: ……
- Zo ja: aantal pakjaren: ……

Vraag 2: Reden van verwijzing naar BOV coach ? (Naast “longaandoeningen”(zie voorschrift) :

…….

Vraag 3: Aantal uren/minuten coaching gevolgd? :

…….

Vraag 4: Individueel of in groep deelgenomen?

Individueel
Groep

Vraag 5: Wat vond patiënt over het algemeen van het BOV-project?

…….

Vraag 6: Is patiënt overtuigd om in de toekomst evenveel te bewegen?

Ja
Neen
- Waarom niet? …

Vraag 7: Indien gestopt, reden(en) van stoppen?

Fysiek (bijv. langdurige ziekte)
Mentaal (niet goed in vel voelen, psychologische problemen/beperkingen)
Motivatie (er nog niet klaar voor, moeilijk vol te houden)
Verhuisd
Financieel
Tijdsgebrek
Andere : ….

Vraag 8: Wat is het effect van het BOV-project op de patiënt (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Algemeen beter voelen
Zich beter voelen bij het opstaan
Meer buiten komen
Beter slapen
Minder roken
Minder snoepen
Gezonder eten
Minder tv kijken
Meer contact met andere mensen
Betere houding
GEEN EFFECT
Andere:

BIJLAGE 7: Informed consent:

Ondergetekende, ……verklaart hierbij,

(1) dat ik uit vrije wil deelneem aan dit project.
(2) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het project op ieder moment stop te zetten.
(3) dat ik toestemming geef aan de arts om de resultaten van het project op vertrouwelijke en discrete wijze te verwerken en te bewaren. Uiteraard wordt het materiaal geanonimiseerd indien (delen ervan) zouden gebruikt worden voor publicatie.
(4) dat ik op de hoogte ben dat ik, op aanvraag, een samenvatting van de bevindingen kan bekomen bij de arts.
(5) Dat ik duidelijk geïnformeerd ben en de kans heb gekregen om vragen te stellen en hierop een bevredigend antwoord heb gekregen. Ik begrijp het project waaraan men mij gevraagd heeft deel te nemen.

Gelezen en goedgekeurd op ……..(datum)

De deelnemer, De arts,

……..(handtekening) ……..(handtekening)

BIJLAGE 8: Voorbeeld verwijsbrief gebruikt door het BOV-project te Leuven

VOORSCHRIFT BEWEEGADVIES

Naam en voornaam: .....

.....

Reden(en) van verwijzing naar BOV

- ☐ Beweging als preventie
- ☐ Beweegnorm 30' halen
- ☐ Reconditionering
- ☐ Overgewicht
- ☐ Psychosomatische problemen
- ☐ Psychosociale problemen
- ☐ Diabetes Osteoporose
- ☐ Longaandoeningen
- ☐ Hart- en vaatziekten:
- ☐ .....
- ☐ Gewrichtsproblemen:

  .....

Medicatie

- ☐ Bloedverdunners
- ☐ Bètablokkers m.b.t.
- ☐ COPD/astma
- ☐ Cholesterolverlagers
- ☐ m.b.t. lage/hoge bloeddruk
- ☐ Pijnstillers
- ☐ Ontstekingsremmers
- ☐ Spierverslappers
- ☐ Slaapmedicatie
- ☐ Antidepressiva

Opmerkingen

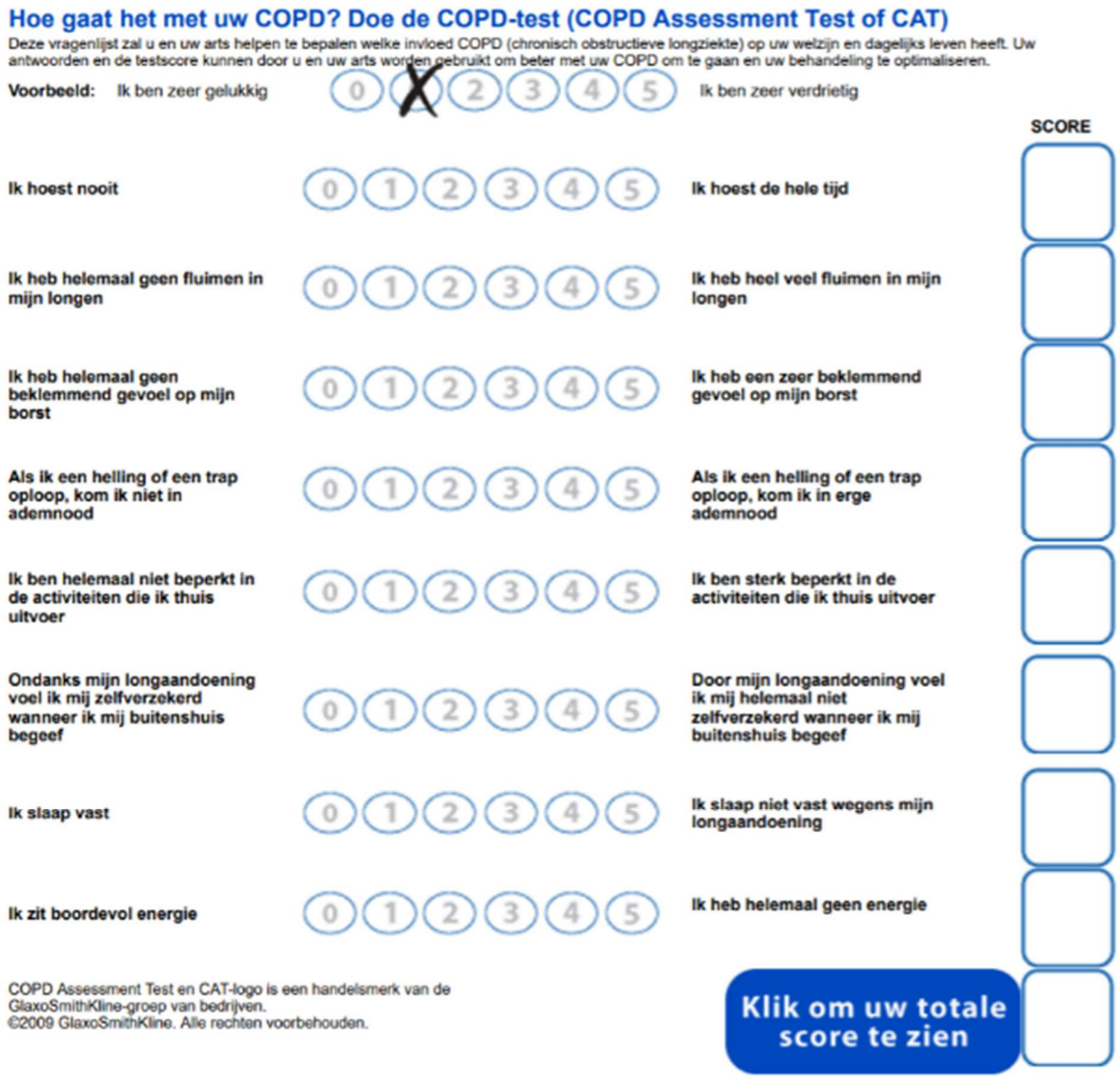
.....

.....

Stempel van de voorschrijver	Datum en handtekening van de voorschrijver

BIJLAGE 9: Vragenlijsten

1) CAT- vragenlijst



Hoe gaat het met uw COPD? Doe de COPD-test (COPD Assessment Test of CAT)

Deze vragenlijst zal u en uw arts helpen te bepalen welke invloed COPD (chronisch obstructieve longziekte) op uw welzijn en dagelijks leven heeft. Uw antwoorden en de testscore kunnen door u en uw arts worden gebruikt om beter met uw COPD om te gaan en uw behandeling te optimaliseren.

Voorbeeld: Ik ben zeer gelukkig 0 1 2 3 4 5 Ik ben zeer verdrietig

			SCORE
Ik hoest nooit	0 1 2 3 4 5	Ik hoest de hele tijd	
Ik heb helemaal geen fluimen in mijn longen	0 1 2 3 4 5	Ik heb heel veel fluimen in mijn longen	
Ik heb helemaal geen beklemmend gevoel op mijn borst	0 1 2 3 4 5	Ik heb een zeer beklemmend gevoel op mijn borst	
Als ik een helling of een trap oploop, kom ik niet in ademnood	0 1 2 3 4 5	Als ik een helling of een trap oploop, kom ik in erge ademnood	
Ik ben helemaal niet beperkt in de activiteiten die ik thuis uitvoer	0 1 2 3 4 5	Ik ben sterk beperkt in de activiteiten die ik thuis uitvoer	
Ondanks mijn longaandoening voel ik mij zelfverzekerd wanneer ik mij buitenshuis begeef	0 1 2 3 4 5	Door mijn longaandoening voel ik mij helemaal niet zelfverzekerd wanneer ik mij buitenshuis begeef	
Ik slaap vast	0 1 2 3 4 5	Ik slaap niet vast wegens mijn longaandoening	
Ik zit boordevol energie	0 1 2 3 4 5	Ik heb helemaal geen energie	

COPD Assessment Test en CAT-logo is een handelsmerk van de GlaxoSmithKline-groep van bedrijven.
©2009 GlaxoSmithKline. Alle rechten voorbehouden.

Klik om uw totale score te zien

2) CRDQ- vragenlijst:

“Korte beschrijving => De Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRDQ) is een ziekte-specifiek meetinstrument om de kwaliteit van leven te meten bij patiënten met chronische longziekten. De vragenlijst was ontwikkeld om de impact van COPD op het leven van een persoon te inventariseren.”

Bron: http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?meetinstrument=136

3) SWT-test: Shuttle Walk test

Korte beschrijving => De Shuttle Walk Test is een maximale inspanning test die gebruikt kan worden om de functionele capaciteit of inspanningstolerantie van personen te bepalen. De test is gebaseerd op de Shuttle Run Test en voornamelijk ontwikkeld voor personen met cardiale problematiek en COPD. Tijdens deze test legt de patiënt wandelend een parcours af tussen 2 pionnen met een snelheid die door geluidssignalen wordt aangegeven. De periode tussen twee geluidssignalen is een 'shuttle'. De wandelsnelheid wordt opgevoerd door het interval tussen de geluidssignalen te verkorten. De test kan worden gebruikt om een indruk te krijgen van de maximale VO2.

Bron: http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?meetinstrument=367

4) 6 minuten wandel test:

Korte beschrijving => De 6 minuten wandeltest wordt gebruikt om het gangpatroon, de loopsnelheid en het uithoudingsvermogen van patiënten te beoordelen. Gemeten wordt de maximale afstand die de patiënt binnen 6 minuten comfortabel kan afleggen. De patiënt mag tijdens de test gebruik maken van een loophulpmiddel en/of orthese.

Bron: http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?meetinstrument=177

BIJLAGE 10: Informatiebrochure BOV

BOV IN HALLE EN OMGEVING

Bewegen Op Verwijzing (BOV)

Doelstelling?

- Mensen op hun maat aan het bewegen krijgen
- Gezondheidswinst op zowel fysiek, mentaal als sociaal vlak
- Bewegen als continuüm

Voor wie?

- Volwassenen (uit Halle, Beersel, St.P.L, Pepingen, Linkebeek, St.G.Rode en Drogenbos) met een verhoogd beïnvloedbaar gezondheidrisico dat verminderd kan worden door voldoende te bewegen en sedentair gedrag tegen te gaan
- Extra aandacht: **maatschappelijk kwetsbare groepen**

Kostprijs voor de deelnemer

(vanuit 3 gemeenten wordt een bijdrage geleverd per sessie per deelnemer vandaar dat de prijs daar lager is)

	Pepingen—Linkebeek –St.-G-Rode—Drogenbos	Halle—Beersel—Sint-Pieters-Leeuw
Individuele sessie	VT → €4 / uur Niet-VT → €20 / uur	VT → €2 / uur Niet-VT → €10 / uur
Groepssessie	VT → €2 / uur Niet-VT → €4 / uur	VT → €1 / uur Niet-VT → €2 / uur

Hoe verloopt de verwijzing naar de BOV-coach?

1. Huisarts stelt indicatie
2. Huisarts motiveert & verwijst naar coach ahv een **verwijsbrief**
3. De patiënt neemt contact op met de coach of stuurt sms 'bewegen' naar de coach, vervolgens zal de coach de deelnemer opbellen
4. Eerste afspraak bij de coach –intake
   → peiling naar behoeften, mogelijkheden en wensen
   → beweegplan opmaken -op maat + aanpasbaar
5. Opstart beweegplan
6. Opvolging beweegplan door coach
7. Afrondingsgesprek met coach na +- 6 maanden – outtake
8. Huisarts volgt patiënt verder op



De BOV-coach - Dirk Van Lancker (Halle, SPL, Beersel, Pepingen, Linkebeek, SGR en Drogenbos)



Dirk Van Lancker is 15 jaar actief als LO-leerkracht in de middelbare school Don Bosco Halle. Daarnaast volgde hij een postgraduaat Functional Training en coacht hij mensen naar een actievere levensstijl. Hij heeft ervaring in het werken met personen van alle leeftijden.

Contactgegevens BOV-coach (enkel op verwijzing huisarts): **0484 62 87 32 - bov.zennevallei@gmail.com**

BOV-Locaties:

HALLE	Sociale Campus—Kanaalbrugstraat 5D
BEERSEL	Nog te bepalen
SINT-PIETERS-LEEUW	Dienstencentrum Negenhof—Sint-Stevensstraat 64