Interprofessioneel samenwerken: Evaluatie van de opstart en opvolging van Bewegen op Verwijzing (BOV) in regio Mol

Goetschalckx Lore, Universiteit Antwerpen

Promotoren: Tsakitzidis Giannoula, Universiteit Antwerpen,
Ides Kris, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleiders: dr. Van Hoof Ann
dr. Adriaansen Veronique

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Deze masterproef is tot stand gekomen met de hulp en de steun van meerdere personen.
Graag bedank ik mijn promotoren Giannoula Tsakitzidis en Kris Ides. Zij waren van in het begin overtuigd van het thema van de masterproef. Ze hebben me altijd zeer goede en constructieve feedback gegeven en stonden altijd voor me klaar. Ik bedank hen vooral voor de persoonlijke aanpak waarmee ze mij doorheen het traject van de masterproef hebben geleid.

Ook mijn praktijkopleiders, Veronique Adriaansen en Ann Van Hoof, boden de nodige steun bij het schrijven van deze thesis. Samen met de hulp en het enthousiasme van de andere collega's van Huisartsenpraktijk De Brug, maakten zij het tweede deel van deze scriptie mogelijk.
In het bijzonder wil ik dr. Jan Swinnen bedanken. Als collega kwam hij met het idee om het project "Bewegen op verwijzing" in Mol te evalueren en zijn positiviteit over dit project werkte aanstekelijk.

Jim Vancampfort was als beweegcoach in Mol van grote waarde in deze masterproef, om me te helpen met de cijfers en gegevens van het project binnen de gemeente Mol.

Tot slot ook nog een welgemeende dankjewel aan mijn vrienden en familie. Zij zorgden er met hun steun voor dat deze masterproef lopende bleef in de drukkere momenten.

Abstract

Achtergrond: Bewegen op verwijzing is een project gesubsidieerd vanuit de Vlaamse Overheid. De huisarts kan volwassen patiënten die gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het project verwijzen naar de beweegcoach in de buurt. Deze patiënten moeten aan één van de drie voorwaarden tot verwijzing voldoen namelijk: een sedentaire levensstijl hebben, minder dan 150 minuten per week bewegen of een pathologie hebben waarbij bewegen voordelig kan zijn. In 2018 startte de gemeente Mol samen met een nieuwe beweegcoach het project op. In de buurgemeente Balen liep dit project al een jaar, met 20 deelnemers voor de meer dan 20.000 inwoners. Er werd onderzocht wat maakt dat de huisarts volwassen patiënten doorverwijst naar de beweegcoach en welke patiëntgebonden factoren meespelen in deze beslissing.

Methode: Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd waarbij drie grote databases werden geraadpleegd, namelijk Cebam, Cochrane en Pubmed. Eerdere masterproeven omtrent dit thema werden geraadpleegd alsook de website van de Vlaamse Overheid (www.gezondleven.be). Nadien werd een observationeel project uitgevoerd in huisartsenpraktijk "De Brug". Hier werd door middel van een vragenlijst onderzocht op basis waarvan de huisarts patiënten doorverwees. Ook werd gekeken welke arts –of patiëntgebonden factoren meespeelden in de verwijzing. Tot slot werden de artsen geïnterviewd om te peilen naar de ervaringen die de artsen hadden met dit project.

Resultaten: Uit de literatuurstudie bleek dat bewegen voordelen heeft voor meerdere lichamelijke en psychologische aandoeningen. De doelgroep van Bewegen op verwijzing is theoretisch gezien iedereen die onvoldoende beweegt volgens de WHO-criteria. In de praktijk lijkt het project zich echter te focussen op patiënten uit de lagere socio-economische klasse, wat ook in het observationeel project naar boven kwam. Elf patiënten werden in de huisartsenpraktijk doorgestuurd naar het BOV-project. Dit waren vooral patiënten die leden aan een pathologie waarbij bewegen voordelig kon zijn. Weinig patiënten zijn gemotiveerd om deel te nemen aan het project. Drempels om deel te nemen zijn divers en patiëntafhankelijk. Daarentegen geven patiënten die wel deelnemen aan dat ze zich na afronding "beter voelen". Artsen hadden uiteenlopende ervaringen met het project. Ondanks de soms erg sterke persoonlijke motivatie van de arts, gebeuren er weinig doorverwijzingen naar het BOV-project.

Conclusie: Bewegen op verwijzing is een project met goede resultaten na afronding van het traject. Echter is de groep patiënten, die geschikt en gemotiveerd is om deel te nemen, klein. Er blijven drempels om patiënten door te verwijzen naar dit project. Ook de motivatie van de artsen om patiënten te verwijzen naar dit project, is wisselend.

Kernwoorden: Bewegen op verwijzing, Bewegen, Beweging, Preventieve gezondheidszorg

Inhoudstabel

Dankwoord 3
Abstract 4
Inleiding 6
Bewegen op verwijzing in zorgregio Mol 6
Onderzoeksvragen 6
Onderzoeksopzet 7
Deel 1: Oriënterende Literatuurstudie 7
Methodologie 7
Resultaten 8
Voordelen van beweging 8
Wat is bewegen op verwijzing 9
Naar wie verwijzen 12
Effecten van Bewegen op verwijzing in Vlaanderen 12
Deel 2: Observationeel onderzoek in de huisartsenpraktijk 13
Onderzoeksmethode 13
Selectiecriteria 13
Steekproefgrootte 13
Dataverzameling 13
Statistische Analyse 15
Resultaten praktijkonderzoek 16
Discussie 20
Besluit 23
Bijlagen 27
Bijlage 1: Lijst van figuren 27
Bijlage 2: Protocol 28
Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité 34
Bijlage 4: Zoekstrategie literatuurstudie 37
Bijlage 5: Vragenlijst Qualtrics 40

Inleiding

Begin jaren 2000 startte de stad Den Haag, Nederland, met een proefproject om de inwoners meer te laten bewegen onder de naam “bewegen op recept”(1). Het project ontstond vanuit een gezamenlijke vraag van (para)medici om patiënten met chronische klachten, ontstaan uit bewegingsarmoede, te activeren. Via een voorschrift van de huisarts, kon de patiënt een intakegesprek plannen met een ‘levensstijladviseur’. Met een 20-weken durend trainingsprogramma werd gepoogd de deelnemers zich fitter en meer zelfredzaam te laten voelen. In 2006 werd met een studie aangetoond dat dit een effectief concept was voor het merendeel van de deelnemers (2).
10 jaar later, in 2010, waaide het project over naar België met een pilootstudie in Leuven. De focus van dit project lag op maatschappelijk kwetsbare inwoners. Met de hulp van enkele mensen uit het wijkgezondheidscentrum ‘De Ridderbuurt’, werd het project als succesvol geëvalueerd (3). Ondertussen is in 2018 bewegen op verwijzing in 160 Vlaamse steden en gemeenten opgestart (4) (zie figuur 1).



Figuur 1 : Evolutie deelnemende gemeenten en steden aan beweging op verwijzing. (4)

Bewegen op verwijzing in zorgregio Mol

Voor zorgregio Mol (Balen-Dessel-Mol) was het de gemeente Balen die als eerste initiatief nam in het BOV-project van de Vlaamse Overheid. Een licentiaat lichamelijke opvoeding steunde het project en met hem als beweegcoach, kwam er goedkeuring voor de verdere uitwerking. De start werd gegeven in november 2017. Buurgemeente Mol diende in 2018 een uitbreidingsaanvraag in. Als extra “lokale antenne” binnen de kleinstedelijke regio, kon men op deze manier een breder publiek bereiken. In november 2018 kon ook hier in Mol een beweegcoach het project ondersteunen (4).
In Balen zijn er eind 2018 naar schatting een 20-tal deelnemers gestart in het beweegprogramma. Het project in Balen heeft naast individuele coaching ook groepslessen ingevoerd. Ondanks het succes in Balen, waren er in het begin van 2019 nog geen inschrijvingen voor Mol. Hierdoor rijst de vraag hoe artsen best de patiënten doorverwijzen en of artsen de weg naar de bewegingstherapeut vinden.

Onderzoeksvragen

Wat maakt dat de huisarts[1] volwassen patiënten doorverwijst naar de beweegcoach? Welke patiëntgebonden factoren spelen mee in deze beslissing?

[1] In de hierop volgende alinea, wordt met hij/zij telkens de huisarts bedoeld.

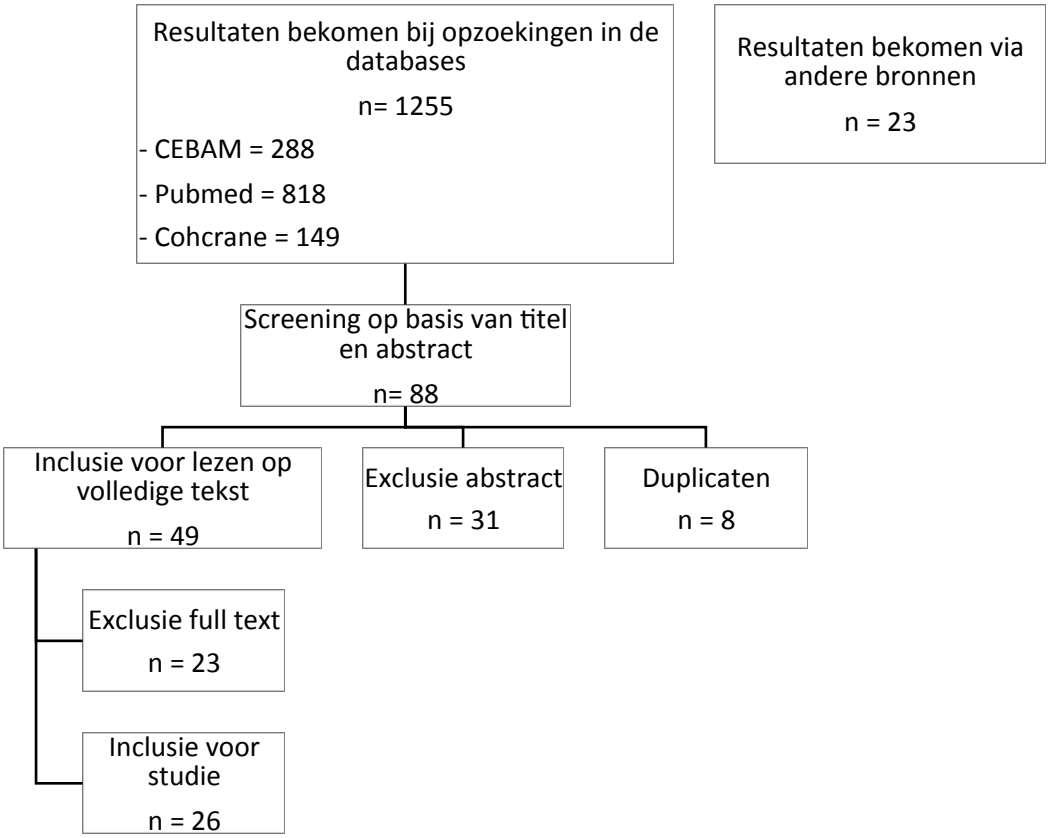
Onderzoeksopzet

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, wordt eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek, gebeurt er een observationeel project. Door middel van een korte vragenlijst wordt binnen Huisartsenpraktijk De Brug, een groepspraktijk in Mol met 8 artsen, nagegaan waarom patiënten al dan niet worden doorverwezen naar een bewegingscoach of een kinesitherapeut en op basis van welk argument. Dit alles met als doel kwaliteitsbevordering in de praktijk en een gedragsverandering bij de patiënt waardoor hij/zij ook effectief meer gaat bewegen.

Deel 1: Oriënterende Literatuurstudie

Methodologie

De literatuurstudie werd gestart in november 2018. Er werd gezocht naar artikels van de laatste vijf jaar. Als aanvang van de literatuurstudie werd de website van de Vlaamse Overheid betreffende 'Bewegen op verwijzing' doorgelezen met focus op wetgeving. Richtlijnen omtrent dit topic werden gezocht met behulp van de CEBAM-database. Volgende zoektermen werden gebruikt: "bewegen op verwijzing", "bewegen op recept", "bewegen op voorschrift", "bewegingscoach", "beweging" en "bewegen". Ten derde werd de studie over het pilootproject te Leuven geraadpleegd alsook een eerdere masterproef over dit thema. Tot slot werd binnen de Cochrane library gezocht naar reviews of protocollen over de relatie tussen "physical activity"/"sedentary behavior", "social class"/"socio-economic status/factors" en "health"/ "health status". Dezelfde MESH-termen werden gebruikt op PubMed bij een search naar systematic reviews met publicatiejaar 2013 of later. Een korte update van de literatuurstudie werd uitgevoerd in januari 2020. Screening van artikels gebeurde op basis van titel en abstract en nadien op basis van full tekst. Alle artikels met betrekking op voordelen van bewegen in de Westerse maatschappij en met betrekking op bewegen op verwijzing werden geïncludeerd. Exclusie gebeurde bij artikels waarbij het de inhoud out of scope was en/of op basis van de doelgroep (adolescenten/kinderen werden geëxcludeerd). De overgebleven artikels werden als "relevant" beschouwd en werden volledig gelezen. Inlcusie van artikels bij het volledig doorlezen werd gedaan op basis van beantwoording aan de onderzoeksvraag (zie figuur 2). Voor de schematische neerslag van de methodologie, zie bijlage 4. Enkele bronnen werden door het snowballeffect geraadpleegd en geïncludeerd.



Figuur 2 : Schematische voorstelling literatuurstudie

Resultaten

Op basis van de analyse van de literatuur kwamen vier thema's naar boven: 1) "Voordelen van beweging", 2) "Wat is bewegen op verwijzing?", 3) "Naar wie verwijzen?" en 4) "Effecten van Bewegen op verwijzing" (BOV). De vier thema's worden hieronder per thema besproken.

Voordelen van beweging

Wanneer richtlijnen bekeken worden in verband met verschillende ziektebeelden, komt men al snel tot de conclusie dat beweging preventief of curatief kan zijn. Denk hierbij aan diabetes mellitus type 2 waarbij beweging zowel preventief als curatief zorgt voor een daling van de bloedsuikerspiegel en HbA1c (5). Door meer te bewegen, verlaagt de bloeddruk en daalt het cholesterolgehalte in het bloed (6) en verlaagt zo de kans op hart –en vaatziekten. Ook hier blijkt beweging voordelen in het curatief luik te hebben, bijvoorbeeld na een beroerte (7). Bij patiënten met reumatische aandoeningen zoals reumatische artritis of fibromyalgie die aerobe en spierversterkende oefeningen doen, wordt er een duidelijke vermindering van de symptomen opgemerkt (8,9). Bij ouderen kan stappen de kans op vallen en dus het risico op fracturen verminderen (10) Voor artroseklachten wordt aangeraden patiënten door te sturen naar bewegingsactiviteiten na het afronden van kinesitherapie (11). Ook lage rugpijnklachten worden best behandeld door in beweging te blijven (12).

Aangezien de voordelen van bewegingen op meerdere aspecten van "gezondheid" invloed kunnen hebben, werd, samen met de nieuwe voedingsdriehoek in 2017, ook een bewegingsdriehoek gelanceerd door de Vlaamse Overheid. Op deze manier krijgt de bevolking een richtlijn van hoeveel beweging op weekbasis aanbevolen wordt met daarbij horende tips van hoe meer te bewegen (13). Bij de driehoek wordt duidelijk weergegeven waarom beweging voordelig is. De aanbevolen

hoeveelheid beweging die te vinden is in de bewegingsdriehoek, loopt gelijk met wat de WHO voorschrijft (14). Zij raden aan om als volwassen persoon minstens 150 minuten per week actief bezig te zijn, of om 75 minuten per week matig intensief te bewegen (14) (zie figuur 3). Voor kinderen en ouderen zijn er aanpassingen gemaakt (13,14).



Figuur 3: Bewegingsdriehoek. (13)

Ondanks de talrijke voordelen van beweging, blijkt het in de hedendaagse maatschappij moeilijk om de aanbevolen 150 minuten fysieke activiteit per week te bereiken. De WHO schat dat 1 op 4 volwassenen wereldwijd dit doel niet haalt, waarbij België slechter scoort met 1 op 3 volwassenen (16). De cijfers van Gezond Leven VZW tonen voor Vlaanderen aan dat 4/10 Vlaamse volwassenen niet aan 150 minuten beweging komt (15). Om de globale populatie weer actiever te krijgen, lanceerde de WHO in oktober 2018 een activiteitenplan 'ACTIVE'. In dit plan worden doelstellingen beschreven tot 2030 om de globale populatie weer actiever te krijgen. 'ACTIVE' is een leidraad voor overheidsinstellingen om binnen eigen land projecten te starten op basis van vier pijlers die elk een bestuursniveau voorstellen (17). Deze pijlers zijn "actieve gemeenschappen", "actieve omgeving", "actieve mensen" en "actieve systemen". Bewegen op verwijzing past perfect in één van de vier pijlers, namelijk "actieve mensen" waarin wordt vermeld dat bewegingsfaciliteiten voor iedereen toegankelijk moet worden gemaakt, met meerdere gelegenheden om te bewegen om zo mensen van elke leeftijd en elke sociale klasse aan het bewegen te krijgen.

Wat is bewegen op verwijzing

Zoals reeds aangegeven is 'Bewegen op verwijzing', afgekort BOV, een project van de Vlaamse Overheid om de bevolking aan te sporen meer te bewegen. Door middel van een verwijzing opgesteld door de huisarts, wordt de patiënt in contact gebracht met een bewegingscoach uit de regio. In een eerste afspraak wordt het project diepgaander en persoonlijk uitgelegd aan de patiënt.

Hierbij wordt tevens met de patiënt besproken hoe zijn/haar leven op vlak van beweging is, hoe het was in het verleden en hoe het verbeterd kan worden. Door dit samen met de patiënt te bespreken, wordt bewegen "haalbaar" binnen de agenda van de patiënt gepland. Het beweegplan wordt mee naar huis gegeven, waarbij de patiënt dan zelf aan de slag gaat. De coach zet de patiënt dus op weg, maar is geen personal trainer. Beweging georganiseerd vanuit de thuissetting bleek immers ook in het verleden bij volwassenen meer slaagkansen te hebben dan beweging vanuit een centrale organisatie, zeker op lange termijn (18,19). Na 3 en 6 maanden vindt er telkens een evaluatiegesprek plaats waarbij de evolutie wordt besproken samen met de beweegcoach (20). Initieel werd er gedacht om niet enkel een intake- en voortgangsgesprek te voeren, maar om dit te combineren met een inspanningstest. Hiervan wordt echter vaak afgezien omdat dit voor veel deelnemers een drempel is (21). In Mol zal ook enkel de vooruitgang aan de hand van een mondeling gesprek geëvalueerd worden.
De kosten verbonden aan een sessie bij de beweegcoach en de terugbetaling zijn een erg ingewikkelde constructie. Een sessie bij de bewegingscoach wordt aangerekend per kwartier maar duurt meestal een uur. Eén kwartier individuele coaching kost 15 euro, waarvan de Vlaamse overheid 10 euro tegemoetkomt voor een normale terugbetaling en 14 euro voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Dit wil zeggen de prijs voor één kwartier vijf euro bedraagt of één euro bij een verhoogde tegemoetkoming. Eén uur coaching kost dus 20 euro of 4 euro voor personen met een verhoogde tegemoetkoming. Sommige mutualiteiten betalen ook deze persoonlijke bijdrage nog terug (22). De sessies bij een coach zijn echter niet onbeperkt. De overheid voorziet terugbetaling voor 84 punten, waarbij één uur individuele coaching telt als 12 punten (23). In totaal kunnen patiënten dus maximaal van 7 uur persoonlijke begeleiding genieten. Er zijn ook nog groepssessies aan een ander tarief. Bij een groepssessie betaalt de patiënt slechts 1 euro per kwartier, of een halve euro indien de patiënt een verhoogde tegemoetkoming heeft. De overheid betaalt de overige 4/4,5 euro terug. De meeste deelnemers worden gedurende een 7-tal maanden begeleid (3,4).

Doelgroep bewegen op verwijzing
Volgens de website van Gezond Leven VZW is bewegen op verwijzing geschikt voor iedereen die de WHO-aanbeveling omtrent beweging niet haalt of iedereen met een sedentaire levensstijl (24). Uit de vorige projecten blijkt dat deelnemers vooral uit de lagere sociale klasse komen (3,21,25). Ook in Mol is het de bedoeling om vooral deze doelgroep aan te spreken, met name volwassenen uit een lage sociale klasse die te weinig bewegen. Voor hen is sporten vaak duur en ontoegankelijk, maar ook het hebben van goede gezondheid in het algemeen, blijkt moeilijker voor deze groep. Door initiatieven zoals bewegen op verwijzing kunnen kleine verschillen gemaakt worden op vlak van gezondheid voor mensen in een lage SES[2] (26).

Lage socio-economische klasse en gezondheid
Mensen uit een lage socio-economische klasse (SES) leven minder lang, minder lang in goede gezondheid (27,28) en voelen zich vaak ook minder gezond t.o.v. anderen (29). Om deze redenen lijkt het logisch om een gezondheid bevorderend project voornamelijk naar deze bevolkingsgroep te richten. Recente systematische literatuurstudies blijven een link aan te geven tussen een lagere sociale klasse en het lijden aan een chronische ziekte. Zo hebben personen met een lager inkomen meer kans op het krijgen van diabetes type 2 en hebben ze hiermee gepaard ook vaker hypoglycemies (30). Ook is deze bevolkingsgroep vatbaarder voor het ontwikkelen van COPD (31),

[2] Lage SES: lage socio-ecomische klasse

cardiovasculaire aandoeningen (32,33) of multimorbiditeit (34). Tang et al. bevestigden bovendien de relatie tussen een subjectieve lage SES en de aanwezigheid van cardiovasculaire aandoeningen en cardiovasculaire risicofactoren zoals diabetes, obesitas en hypertensie (35). Risicogedrag en slechtere mentale gezondheid komen ook vaker voor in regio's waar het inkomen eerder laag is. Zo is er bijvoorbeeld een relatie tussen een lage SES en obesitas (36), psychische aandoeningen of suïcidaliteit (37,38), het oplopen van een Chlamydia-infectie (39), roken (40,41), of een combinatie van meerdere risicofactoren (42).

Naast bovenstaande gegevens over gezondheid en sociale klasse, blijkt ook dat deze personen moeilijker de weg vinden naar bewegingsactiviteiten (3) en een eerder sedentair bestaan hebben (43). Uit interviews van het pilootproject in Leuven, kwam naar boven dat deze mensen vaak zo'n drukke agenda hebben om de hulp waar ze recht op hebben te regelen. Hierdoor is er vaak voor beweging geen tijd of zin meer (3). Tijd maken om te bewegen geeft extra stress in plaats van ontspanning. Door middel van het beweegplan kan de coach de agenda van de patiënt ernaast leggen en samen overlopen hoe een haalbare planning eruitziet. Uit dezelfde interviews bleek dat er inderdaad nood was aan een beweegcoach die het sportluik verder onderzocht. De ondersteuning van kansarmen en de mogelijkheden tot hulp voor hen zijn zo divers, dat het voor de kansarmen niet duidelijk was wat voor hen de mogelijkheden binnen "beweging" waren. Door maatschappelijk werkers werd aangegeven dat ze vaak zoveel moeten bespreken, dat het belang van bewegen niet aan bod kwam. Door één centraal aanspreekpunt te hebben, kunnen mensen zich makkelijker op de hoogte stellen van de sportfaciliteiten en de financiële ondersteuning hiervoor binnen de gemeente. Deze patiënten ervaren ook meer drempels. Het belang van een tussenpersoon zoals de huisarts maar ook iemand die netwerkt tussen de kansarmen en de (para)medici, blijkt van belang om deze doelgroep te bereiken (44).

Drempels

Er gebeurde reeds veelvoudig onderzoek naar drempels waarom personen niet of onvoldoende bewegen. Vaak zijn er sterke individuele verschillen, maar bepaalde factoren komen terug. Dit gaat dan om een taalbarrière, psychosociale problemen of het gebrek aan kinderopvang (45). Tijd en kostprijs van beweging wordt ook vaak genoemd (3,20,25).

Bij bewegen op verwijzing is er, in de mate van het mogelijke, rekening gehouden met bovenstaande drempels. De doorverwijzing van de huisarts geeft zo reeds vertrouwen in het project. Molse verenigingen die betrokken zijn met kansarmen worden op de hoogte gebracht van het project, zodat ook zij mee kunnen motiveren en eventueel helpen. In een artikel van Huisarts Nu wordt beschreven hoe uit interviews blijkt dat, als de huisarts patiënten doorstuurt naar gezondheid bevorderende projecten, dit meer vertrouwen geeft aan de potentiële deelnemers (45). Een ander voordeel van de doorverwijzing door de huisarts is dat er achteraf voor de patiënt ook daar een evaluatie kan gebeuren en de patiënt bij vragen hierover ook de huisarts makkelijker kan contacteren. Ten tweede wordt de financiële drempel zo laag mogelijk gemaakt. De bewegingscoach zelf is goed op de hoogte van het aanbod van sportclubs en de terugbetalingsmogelijkheden binnen de gemeente om voor iedereen binnen een passend budget een passende bewegingsmogelijkheid te zoeken. Veel mensen zien kostprijs achteraf niet meer als een drempel, omdat ze nu heel gericht en begrijpbare informatie krijgen over de financiële tegemoetkomingen binnen hun gemeente (21). Zoals boven reeds beschreven, wordt de drempel tijd verlaagd door samen met de deelnemer de agenda te overlopen en te bekijken waar een tijdsblok "beweging" kan worden ingepland. Dit wordt ook als haalbaar geëvalueerd door de deelnemers (21).

Bij voldoende deelnemers werd in het verleden al een groepssessie gestart, waarbij mensen binnen het sporten elkaar konden leren kennen en op die manier samen gemotiveerd raakten om te bewegen alsook makkelijker sociale contacten konden leggen. Voor sommigen werkt dit motiverend, voor anderen echter als een drempel als de andere deelnemers voordien nog niet gekend waren (25).

Naar wie verwijzen

Om bewegen op verwijzing mogelijk te maken, wordt er gewerkt met bewegingscoaches. Een beweegcoach is iemand met een diploma lichamelijke opvoeding of een diploma kinesitherapie die samen met de patiënten een beweegplan opstelt. Hij[3] baseert zich hierbij op zijn kennis over bewegen, over de bewegingsmogelijkheden in de buurt en over de financiële aspecten van beweging (46). Een beweegcoach is dus niet altijd medisch geschoold in tegenstelling tot een kinesitherapeut. Hij zet de mensen in gang, maar begeleidt ze niet persoonlijk tijdens het bewegen en geeft ook geen specifieke oefentherapie. Hij werkt enkel gezondheid bevorderend. Een groot verschil met de kinesitherapeut is dat een kinesitherapeut patiënten d.m.v. zijn deskundigheid onderzoekt, helpt revalideren en therapeutische oefenprogramma's opstelt. In een eventuele generische verwijsbrief naar de beweegcoach, staan dus ook geen medische gegevens vermeldt (47). Echter, bij het elektronisch aanvragen op de website van Gezond Leven, is het wel mogelijk om de meest voorkomende comorbiditeiten aan te vinken om de coach alsnog een beeld te geven van belangrijke risicofactoren.

Effecten van Bewegen op verwijzing in Vlaanderen

De meest vooropgestelde doelen van de mensen die doorstromen naar bewegen op verwijzing is "conditie verbeteren" en "fitter worden" (3).

Bewegen op verwijzing scoort op meerdere plaatsen in Vlaanderen goed als het gaat over "zich algemeen beter voelen" (3). Uit focusgroepen kwam naar voren dat de start niet makkelijk was, maar dat het project achteraf telkens als positief wordt ervaren. Hoewel "afvallen" vaak als reden werd gegeven om meer te bewegen, werd dit doel zelden bereikt. De goede evaluatie moet gezocht worden in andere componenten van gezondheid, met name zich gezonder voelen door zich fitter en mentaal sterker te voelen en afname van stress (3,21).

Bij de patiënten die deelnamen in het Leuvense pilootproject, gaven de meeste deelnemers aan dat vooral niet georganiseerd bewegen (wandelen, zwemmen, fietsen), het makkelijkst was om in de agenda in te plannen (3).

[3] "hij" staat voor zowel mannelijke als vrouwelijke beweegcoaches.

Deel 2: Observationeel onderzoek in de huisartsenpraktijk

Onderzoeksmethode

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen, namelijk "Wat maakt dat de huisarts volwassen patiënten doorverwijst naar de beweegcoach?" en "Welke patiëntgebonden factoren spelen mee in deze beslissing?", werd na deze literatuurstudie een observationeel project gevoerd.
Het project bestond oorspronkelijk uit twee periodes, namelijk een eerste onderzoek binnen de praktijk en nadien bespreking van deze resultaten in een LOK-vergadering met meerdere artsen uit de omgeving. Door de onvoorziene COVID-19-pandemie was er een samenscholingsverbod, in de maanden maart en april, en werden hierdoor alle LOK-vergaderingen geannuleerd. Voor deze masterproef is de aanpak dan ook aangepast geweest naar het meest haalbare.

Selectiecriteria

Elke arts van de huisartsenpraktijk De Brug die patiënten, die in aanmerking komen voor het BOV-project (zie selectiecriteria in deel Resultaten), behandelde, kwam in aanmerking om deel te nemen aan de studie.

Steekproefgrootte

In Mol zijn 56 huisartsen aangesloten bij de huisartsenvereniging. Deze artsen werken vooral solo, in duo's of kleine groepen. Er zijn vier grote praktijken waarvan één met acht vaste artsen en twee huisartsen-in-opleiding (HAIO), één praktijk met zeven artsen en één HAIO (De Brug) en twee praktijken met vijf artsen en een HAIO. De groepspraktijk "De Brug" waarin de start van het onderzoek wordt gegeven, bestaat dus uit acht artsen. Dit is een van de grootste praktijken in regio Mol.
Het patiëntenbestand van deze praktijk bestaat op het moment van het project in totaal uit 10443 actieve dossiers. 4269 volwassen patiënten lieten hun GMD de afgelopen twee jaar in deze praktijk aanmaken of vernieuwen. Van deze 4269 hebben 521 patiënten overgewicht en/of hebben 378 patiënten (pre)-diabetes. Eén op drie van deze 4269 patiënten raadpleegde de afgelopen twee jaar minstens eenmaal een arts o.w.v. rugpijn. Deze factoren kunnen allemaal een reden zijn om door te sturen naar het BOV-project. Op die manier werd gepoogd meer dan 20 doorverwijzingen per periode te includeren.

Dataverzameling

Voor het onderzoek binnen de praktijk werd een vragenlijst opgesteld op basis van de resultaten uit de literatuurstudie (zie bijlage 5). Om de vragenlijst op een uniforme en geanonimiseerde manier te kunnen invullen, werd de vragenlijst gedigitaliseerd met behulp van het programma Qualtrics. Artsen van groepspraktijk "De Brug" kregen een infosessie "Bewegen op verwijzing" tijdens de LOK-vergadering in het najaar van 2018 door de bewegingscoach in Mol. Voor het indienen van het protocol bij het ethisch comité, werd reeds op de praktijkvergadering in februari 2019 door de uitvoerder van deze masterproef de onderzoeksvraag en de onderzoeksmethode toegelicht. Na dit infomoment werd er mondeling gepeild naar de motivatie van de artsen. De reacties om dit project in de praktijk te laten lopen waren veelal positief en de artsen gingen akkoord om het project te laten starten binnen de praktijk. Na de goedkeuring van het ethisch comité werd de vragenlijst in Qualtrics geactiveerd en getest. In september 2019 kreeg elke arts een e-mail met een link tot de vragenlijst en informatie over het kwaliteitsbevorderend project. Tijdens de eerstvolgende praktijkvergadering op 23/09/2019 werd nog eens kort het BOV-project voorgesteld en werd

nogmaals informatie gegeven over wanneer de vragenlijst moest worden ingevuld en wat het doel was van het onderzoek.

Er werd gewerkt met de volgende richtlijnen:

Stap 1: Bepalen of patiënten in aanmerking komen voor het BOV-project op basis van de selectiecriteria. Deze werden zowel schriftelijk en als mondeling meegedeeld:

- Inclusiecriteria
    - Volwassen man of vrouw
    - Consultatie bij de huisarts
    - Voldoen aan de voorwaarden binnen het project "Bewegen op verwijzing" (15) namelijk
        - Sedentaire levensstijl en/of;
        - < 150 minuten beweging per week en/of;
        - Lijden aan een pathologie waarbij bewegen voordelig kan zijn.
    - Ongeacht comorbiditeit
    - Arts gaat akkoord met het invullen van de vragenlijst
- Exlcusiecriteria
    - Jonger dan 18 jaar
    - Niet voldoen aan de voorwaarden binnen het project "bewegen op verwijzing"
    - Patiënt wordt niet gezien op consultatie binnen de periode waarin gegevens verzameld worden
    - Arts gaat niet akkoord met het invullen van de vragenlijst

Stap 2: Elke keer dat een arts vond dat een patiënt in aanmerking kwam voor het BOV-project en ook effectief voorstelde om deel te nemen, werd gevraagd aan de arts om gegevens te verzamelen om de vragenlijst in te vullen. Deze gegevens waren enerzijds algemene gegevens over arts en patiënt (leeftijd, geslacht en beroep) en anderzijds gegevens over de doorverwijzing naar het BOV-project die verkregen waren tijdens de consultatie.

Stap 3: Er werd gevraagd de bekomen gegevens in te vullen in de vragenlijst, verkregen via een link in een e-mail.

Na de start in september 2019 bleef het aantal ingevulde vragenlijsten laag. Hierdoor werd vanaf december 2019 wekelijks een reminder gestuurd via e-mail, met de link naar de vragenlijst. Eveneens werd op de praktijkvergadering nogmaals uitgelegd wat de onderzoeksvraag en het doel was van het project.
Alle bekomen data, werden opgeslagen binnen het programma Qualtrics. Zo konden data worden geraadpleegd en geanalyseerd door de beheerders van de vragenlijst, zijnde HAIO en promotoren.
Aangezien in het voorjaar van 2020 de presentatie van de bekomen data en resultaten niet mogelijk was op een LOK-vergadering o.w.v. de COVID-19 pandemie, werd besloten om de artsen van de groepspraktijk "De Brug" te interviewen. Tijdens het interview werd gepeild naar de ervaring omtrent het BOV-project, de motivatie van de arts om dit project te ondersteunen en verder te zetten en tot slot werd er gepeild naar de visie van de arts op preventie in het algemeen.

Statistische Analyse

Analyse van de gegevens zal gebeuren aan de hand van beschrijvende statistiek, bekomen via het programma Qualtrics, van de demografische gegevens en de categorische variabelen in de vragenlijst.

Resultaten praktijkonderzoek

De vragenlijst in Qualtrics werd gedurende zes maanden opengesteld voor de acht artsen werkzaam in praktijk "De Brug". In deze periode van september 2019 t.e.m. maart 2020 werd de link naar de vragenlijst 13 keer aangeklikt. 11 keer werd de volledige vragenlijst doorlopen en werden gegevens opgeslagen voor statistische verwerking. Twee maal werden gegevens niet opgeslagen voor de statistische analyse, omdat het informed consent niet werd ingevuld of niet werd akkoord gegaan.

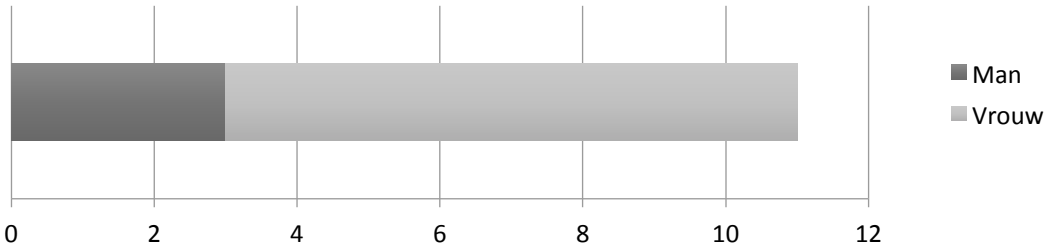
Huisartsenpraktijk De Brug

Artsenpraktijk De Brug bestaat uit zeven vaste artsen en één HAIO. De praktijk is geschikt voor dit onderzoek gezien de grootte (1/7 artsen in Mol is hier werkzaam), maar ook gezien de diversiteit van de artsen binnen de praktijk. De leeftijd van de artsen liggen gespreid tussen 25 en 65 jaar met in iedere decade minstens 1 arts. Ook man-vrouw verhouding is gelijk verdeeld.

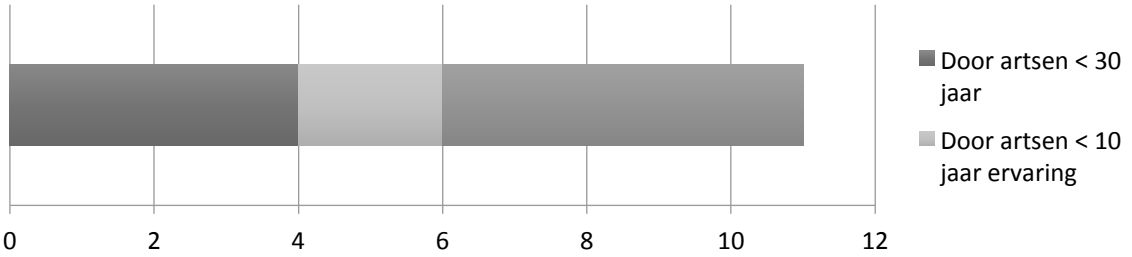
Deelnemende huisartsen

Van de acht uitgenodigde artsen, vulden zes artsen de vragenlijst minimaal één keer in.

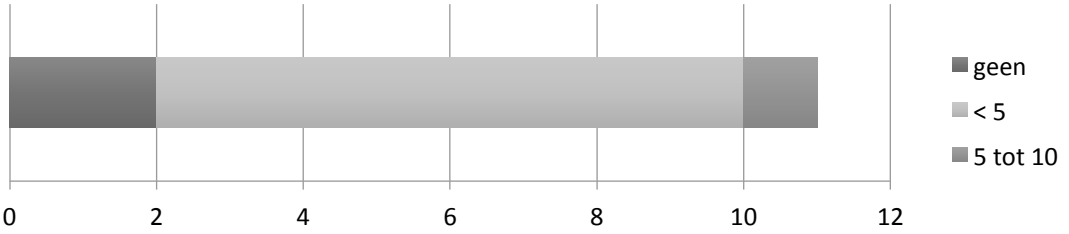
De lijst werd acht maal door een vrouw ingevuld en drie maal door een man (zie figuur 4). Opvallend was ook dat het vooral de jonge artsen waren die de vragenlijsten hebben ingevuld. Vier van de elf vragenlijsten werden door artsen jonger dan 30 jaar oud ingevuld. Dit impliceert ook dat zes van de elf vragenlijsten werden ingevuld door artsen die nog geen 10 jaar werkzaam waren (zie figuur 5). Slechts één van de artsen gaf aan reeds meer dan vijf patiënten verwezen te hebben naar het project "Bewegen op Verwijzing", wat ook de lage steekproefgrootte verklaart. Geen enkele arts verwees meer dan tien patiënten door (zie figuur 6).



Figuur 4 : Verdeling van het geslacht van de artsen per ingevulde vragenlijst



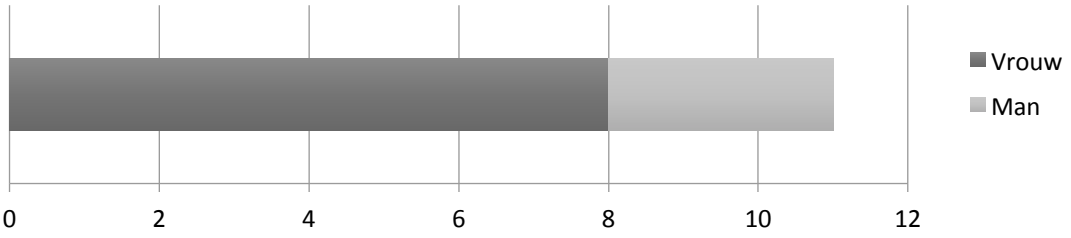
Figuur 5: Verdeling van de leeftijd/werkervaring van de artsen per ingevulde vragenlijst



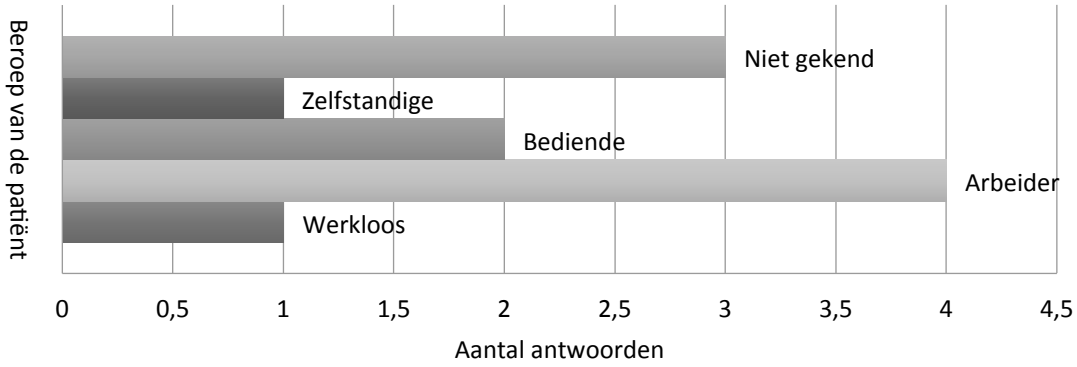
Figuur 6: Eerdere doorverwijzingen per arts per ingevulde vragenlijst

Deelnemende patiënten

Op basis van de resultaten bleek dat de patiënten die verwezen werden naar het BOV-project, vooral vrouwen waren (73%) (zie figuur 7). De jongste patiënt was 34 jaar, de oudste 67 met een gemiddelde leeftijd van 52 jaar. Van de patiënten waarbij het beroep gekend was, werkte meer dan de helft als arbeider. 10% van de patiënten was werkloos (zie figuur 8). Dit laatste stemt overeen met de resultaten uit de eerder uitgevoerde literatuurstudie, namelijk dat de focus van het BOV-project vooral ligt bij de mensen uit een lagere socio-economische klasse.



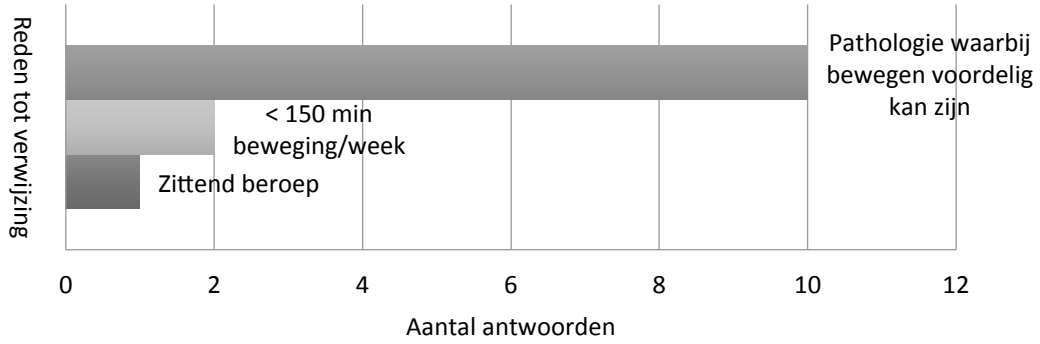
Figuur 7: Geslacht van de patiënt



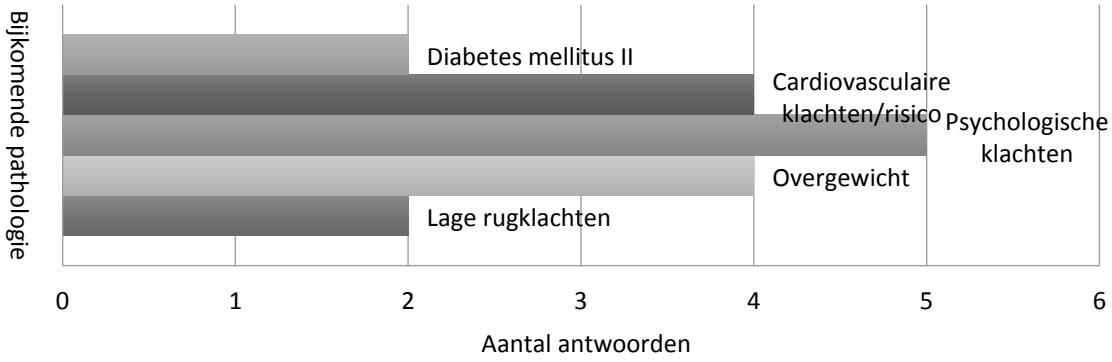
Figuur 8: Weergave van het beroep van de patiënt

Bij 10 van de 11 verwijzingen leed de patiënt aan minstens één pathologie waarbij bewegen voordelig kon zijn (zie figuur 9). Bewegen speelt bij deze onderliggende aandoeningen een belangrijke rol in controle of genezing van de pathologie. Er werd aan de artsen gevraagd ook te specifiëren over welke aandoening het ging. De vijf belangrijkste aandoeningen werden opgenomen in de vragenlijst (zie figuur 10). Aangezien elke patiënt aan meer dan één aandoening kan lijden, waren bij deze vraag meer antwoordmogelijkheden mogelijk. Er waren bijvoorbeeld drie patiënten die leden aan drie aandoeningen en één patiënt die twee verschillende klachten had waarbij bewegen voordelig kon zijn.

In totaal werden er 17 antwoorden geregistreerd voor 11 verwijzingen. Bij de helft van de verwijzingen had de patiënt symptomen van burn-out of depressie. Ook het hebben van cardiovasculaire risicofactoren of overgewicht was vaak een factor om door te verwijzen (beide 36%). Twee van de patiënten die doorverwezen werden hadden diabetes mellitus type 2 en bij twee patiënten waren lage rugklachten een reden om door te verwijzen.



Figuur 9: Reden tot doorverwijzing naar het BOV-project



Figuur 10: Comorbiditeiten van patiënten doorverwezen naar het BOV-project

Negen van de elf geregistreerde patiënten gingen akkoord met de doorverwijzing naar een bewegingscoach. Acht van hen gebruikten effectief hun voorschrift en hebben het traject succesvol afgerond. Dit wil zeggen dat zij een intake- en afrondingsgesprek hadden bij de coach.
Drie patiënten gingen niet akkoord met de verwijzing. Dit had verschillende redenen. Eén patiënt vond het concept niet passen bij zijn/haar verwachtingen, een andere patiënt gaf aan geen tijd meer over te hebben en een laatste patiënt wou enkel doorverwezen worden indien het aanbod groepslessen zou bevatten.

Ervaringen van de huisartsen in praktijk "De Brug"

Aangezien de LOK-vergaderingen niet meer konden plaatsvinden o.w.v. de maatregelen genomen door het COVID-19 virus in het voorjaar van 2020, werd er aan de artsen uit de deelnemende praktijk gevraagd hoe ze het BOV-project en de masterproef ervaren hadden. Ook werd gepeild naar hun visie op "bewegen".

Ervaringen met Bewegen op Verwijzing

Er is één grote conclusie bij het interviewen van de artsen uit de praktijk wat betreft ervaringen met het BOV-project: er is en blijft een drempel om patiënten in beweging te krijgen. Bewegen op verwijzing zou drempelverlagend moeten werken om patiënten te doen bewegen, maar zelfs dan, blijven veel patiënten erg moeilijk te motiveren. Een van de drempelverlagende factoren om patiënten in beweging te krijgen is de huisarts. Wanneer de huisarts een initiatief als BOV concreet ondersteund door daar gebruik van te maken, blijkt dit motiverend te zijn voor patiënten om uiteindelijk de stap te wagen en meer te bewegen. De meeste huisartsen geven aan dat een bekend

gezicht inderdaad sterk motiverend is, maar dat het gezicht van de beweegcoach (nog) niet bekend genoeg is. Patiënten kennen de coach niet en hebben geen verbinding met hem die extra motiveert. Artsen die patiënten doorverwezen, merken wel dat patiënten tevreden zijn over het project, eens ze begonnen zijn. Een van de jongere artsen merkt op dat vooral jonge patiënten met een concreet doel voor ogen makkelijker te overtuigen zijn dan vastgeroeste 'Bourgondiërs'. Het grote voordeel van het BOV-project voor artsen is de terugkoppeling van de beweegcoach. Hij stuurt na de intake en na de eind-evaluatie een verslag naar de huisarts. Meerdere artsen gebruiken dit als instrument om ook op consultatie nog eens te evalueren hoe het gaat met het beweegplan van de patiënt en om te peilen naar de motivatie. Voordien kon je als arts wel advies geven om te bewegen, maar wist je niet wat de patiënt deed met je advies. Nu kan je als arts opvolgen of de patiënt effectief zijn verwijsbrief gebruikt en/of hij het traject succesvol afrondt.

Visie op Bewegen op verwijzing

Hoewel de ervaringen met het BOV-project ongeveer hetzelfde zijn onder de artsen die patiënten doorverwezen, is de visie wel sterk verschillend. Een van de artsen uit de praktijk maakte in het verleden deel uit van een preventiewerkgroep in de gemeente. Dit project werd al voor de start van het BOV-project in Balen sterk aanbevolen bij de gemeente Mol. Hij vindt het dan ook spijtig dat het zo lang geduurd heeft voor het project eindelijk van de grond kwam. Hij is sterk overtuigd van dit project en brengt dit ook zo over bij de patiënten. Andere artsen zijn matig enthousiast. Het project is een goed initiatief, maar voor een specifieke doelgroep van patiënten. Het is geen concept dat werkt voor elke patiënt en is niet de ultieme oplossing om patiënten te doen bewegen. De patiënt moet namelijk gemotiveerd zijn om te bewegen, om beweging in te passen in het weekschema en om bovendien alleen aan beweging te doen. Bewegen op verwijzing is wel een goed handvat om mensen te helpen bewegen. Patiënten vinden "meer bewegen" abstract en de uitleg over het BOV-project maakt het advies "meer bewegen" concreter voor de patiënt. Een enkele arts vindt het BOV-project geen grote meerwaarde op vlak van preventie, gezien patiënten moeilijk te motiveren zijn om te bewegen, met of zonder coach. Bovendien geeft de beweegcoach enkel een "goede start" en is er geen zekerheid over de langetermijneffecten.

Effect van Bewegen op Verwijzing bij de patiënt

Uit ervaring van de artsen blijkt dat patiënten niet altijd contact opnemen met de beweegcoach na de verwijzing vanuit de huisarts. Echter, als ze dit wel doen, is het bijna altijd succesvol (in dit project 8 van de 9 patiënten) en brengen nagenoeg alle patiënten het traject tot een goed einde. Deelnemende patiënten reageerden positief op het project. Over langetermijneffecten is er voorlopig nog niet erg veel te zeggen. Bewegen op verwijzing loopt in mei 2020 anderhalf jaar. Personen die deelnamen aan het project binnen de praktijk zijn toch nog steeds in beweging. Minstens drie van de negen patiënten die de beweegcoach contacteerden nemen nu ook deel aan andere beweeginitiatieven van de gemeente.

Visie op preventie in de huisartsgeneeskunde

Alle artsen in de praktijk vinden preventie een belangrijk luik van de huisartsgeneeskunde. De aanpak om aan preventieve geneeskunde te doen, verschilt onderling. Eén van de artsen probeert zoveel mogelijk zelf met de patiënt aan te pakken en niet meteen door te sturen naar andere contacten binnen de eerstelijnszorg. Vandaar dat deze arts niet meteen geloofde in het BOV-project. Beweging wordt met de patiënt besproken, net als rookstop en dieet en hij ondersteunt ook veel patiënten psychologisch. Dit vraagt veel tijd, maar de opvolging gebeurt op deze manier bij de huisarts zelf. Als

voordeel biedt dit dat deze arts goed weet wat werkt en niet werkt voor de patiënt. De verantwoordelijkheid voor het slagen van deze onderdelen van preventie, wordt dus bij de patiënt gelegd. Als de patiënt aangeeft dat een bepaald luik van preventie voor hem/haar echt niet aan de orde is, wordt dit ook niet meer opgenomen, tenzij op expliciete vraag van de patiënt. Een andere arts bekijkt samen met de patiënt hoe hij/zij aan gezondheidswinst kan doen. Bewegen is daar een onderdeel van, maar er wordt geen focus op gelegd. Andere artsen zullen sneller de verantwoordelijkheid tot preventie delen en de patiënt niet volledig zelf motiveren, maar een beweegcoach, diëtist of tabakoloog aanspreken om zo de patiënt te ondersteunen.
"Bewegen" is een onderdeel van preventieve geneeskunde en wordt in de praktijk ook aanbevolen, maar de focus die elke individuele arts legt, is verschillend. Als artsen motiveren om te bewegen, is dit vaak ook uit persoonlijke motivatie, bijvoorbeeld gezien een sportieve achtergrond.

Alternatieven

Veel mensen weten dat ze te weinig bewegen, maar ze geven aan dat het moeilijk is om het dagelijkse ritme te doorbreken. Velen starten kort, maar geven vrij snel op. Elke arts in de praktijk heeft zo zijn eigen aanpak om patiënten alsnog alternatieven aan te rijken om in beweging te blijven. Zo motiveert een arts om vooral af te spreken met kenissen of familieleden die sportief aangelegd zijn. Door samen te sporten, worden patiënten aangemoedigd door kenissen en worden ze gemotiveerd om langer vol te houden. Andere artsen bekijken ook per patiënt wat werkt en wat niet. Als patiënten niet alleen willen sporten, wordt er gezocht naar clubs. Als patiënten niet willen wandelen of fietsen, wordt gezocht naar sporten die wel interesse kunnen opwekken. Binnen de praktijk is nu ook een beweegproject opgestart: de diabeteswandeling. Het werd duidelijk binnen de praktijk dat de drempel bij veel patiënten "het onbekende" is. Daarom organiseert praktijk "De Brug" nu een wandeling met 'gekende' gezichten en hoopt dat dit in de toekomst voor vele patiënten een motivatie kan zijn om in beweging te geraken. Als conclusie van de interviews kan men stellen dat elke arts beweging aanbeveelt op de eigen manier maar wel met één rode draad: bewegen moet op maat van de patiënt. Bewegen op verwijzing als project helpt daarin, maar is niet dé oplossing voor elke patiënt.

Discussie

Het project Bewegen op verwijzing werd in Mol voorgesteld in oktober 2018, gelijktijdig met het kiezen van een thema van de masterproef binnen de huisartsenopleiding. Het was interessant om de opstart van het BOV-project te evalueren binnen de gemeente en een masterproef was hiervoor een goede manier. Ik had een persoonlijke interesse in het project vanuit mijn sportieve achtergrond, maar ook omdat de masterproef kon gaan over het begin van iets nieuws binnen de gemeente, niet over de evaluatie van iets wat al bestond. De opleidingspraktijk toonde meteen interesse en heeft het project vanaf de start mee ondersteund.

Uit de literatuurstudie blijkt nogmaals wat algemeen geweten is, namelijk dat beweging een van de hoekstenen is van zowel primaire als secundaire preventie. Toch is bewegen voor velen geen gewoonte. Vier op tien Vlaamse volwassenen beweegt te weinig (15).
Het was dan ook spijtig maar niet verbazingwekkend dat Bewegen op verwijzing bij de inwoners van de gemeente Mol maar weinig populair bleek. In januari 2020 waren er in Balen en Mol samen 60

deelnemers die reeds drie contactmomenten bij de beweegcoach hadden[4]. Dit is wel een stijging t.o.v. 20 deelnemers in september 2018 maar anderzijds gaat dit over slechts 60 deelnemers op een totaal van bijna 60,000 inwoners in de gemeentes Mol en Balen (48,49).

De steekproefgrootte in deze studie lag dan ook lager dan verwacht. Er werd gepoogd 20 doorverwijzingen te bekomen binnen de praktijk, maar slechts elf patiënten werden geïncludeerd. Anderszijds kan men stellen dat van de 40 extra patiënten binnen het BOV-project Balen-Mol, wel acht patiënten uit praktijk "De Brug" kwamen. Een volgende studie zou kunnen evalueren via welk medium de bevolking meer gemotiveerd kan raken.

Was het project dan te onbekend? Men zou denken van niet. Bewegen op verwijzing werd in 2019 gepromoot door middel van posters en folders in de wachtzaal, persoonlijke aanspreking van de huisarts voor de doelgroep en een nationale radiospot. Toch kwamen de geïnteresseerde patiënten maar met mondjesmaat binnen. Een idee zou kunnen zijn om mond-tot-mondreclame na te bootsen op de website van de huisarts. Dit door een getuigenis van een van de deelnemers.

Voor de verwerking van de gegevens werd er gewerkt met Qualtrics. Het programma neemt onvolledig ingevulde vragenlijsten niet mee op voor de de statistische analyse. Dit is goed, maar levert in deze studie twee vragenlijsten minder op, waar de wel ingevulde parameters toch ook interessante informatie hadden kunnen geven en waren de gegevens dus iets rijker geweest. .

Het lage aantal geregistreerde doorverwijzingen binnen praktijk "De Brug" kan te maken hebben met de manier waarop de informatie is meegedeeld aan de artsen. Er waren twee korte mondelinge infomomenten voor de start van het praktijkproject. Verder verkregen de artsen de link naar de vragenlijst via een eenmalige e-mail. Het kan zijn dat niet elke verwijzing geïncludeerd werd omdat de link uit het oog verloren was. Om dit effect te beperken, werd dan ook begin 2020 gestart met het wekelijks versturen van herinneringen. Anderzijds kan het zijn dat vooral gelukte verwijzingen een trigger waren om de vragenlijst in te vullen, aangezien er dan ook brieven over het intakegesprek werden ontvangen door de arts, die als herinnering konden dienen. In een volgend onderzoek kan voor de aanvang gepeild worden wat voor elke arts afzonderlijk de beste manier is om het onderzoek niet uit het oog te verliezen. Dit bijvoorbeeld door ook een papieren versie van de in- en exclusiecriteria te geven of om de vragenlijst ook op papier te verdelen.

Vooral jonge artsen vulden de vragenlijst in. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er een digitale drempel is bij de oudere generatie. Een verschil in motivatie om een nieuw project te ondersteunen of om aan preventieve geneeskunde te doen, zou een andere reden kunnen zijn. Echter werd dit nagenoeg volledig weerlegd in de interviews. Daaruit bleek dat vooral de artsen van middelbare leeftijd maar matig enthousiast waren over het BOV-project. Zij stuurden dan ook nog geen patiënten door naar het BOV-project. De persoonlijke achtergrond en motivatie van de arts is ook een factor om mee te nemen. Sportieve artsen hebben de neiging om meer patiënten te doen sporten, ongeacht of dit binnen het project "bewegen op verwijzing" valt of niet.
De oorzaak van het beperkte aantal doorverwijzingen is echter niet alleen te zoeken bij de artsen. Als men gaat kijken bij het aantal geregistreerde doorverwijzingen per arts, blijkt dat er slechts één arts

[4] Aantallen verkregen via beweegcoach Mol

in geslaagd is om meer dan vijf patiënten door te verwijzen naar het BOV-project. Ongeacht de aanpak van de arts, lijken de patiënten erg moeilijk te motiveren.

Nog een resultaat dat opvalt, is dat voornamelijk vrouwelijke artsen doorverwijzen en bijna uitsluitend vrouwelijke patiënten doorverwezen worden. In de toekomst is het belangrijk dat ook onderzocht wordt wat de reden hiervoor kan zijn en om na te gaan hoe mannen gemotiveerd kunnen worden tot "bewegen op verwijzing". Zijn vrouwen gevoeliger voor het advies van de huisarts, zijn mannen sportiever of is bewegen op verwijzing een project waar mannen niet voor te vinden zijn?

Bewegen op verwijzing kan als één van de drie voorwaarden voldaan is: te weinig bewegen, een sedentaire levensstijl hebben of lijden aan een pathologie waarbij bewegen voordelig is. Vooral de laatste voorwaarde blijkt een reden tot doorverwijzing. Een belangrijke vraag die hieruit volgt, is: Hoe motiveren we de twee andere groepen tot beweging, gezien ook zij voordeel hebben bij sportieve activiteiten. Een denkpiste om te bewandelen is of een pathologie meer in het oog springt van de geneesheer om te motiveren, dan een sedentaire levensstijl. Patiënten met enkel een sedentaire levensstijl of patiënten die enkel te weinig bewegen, zijn vaak verder gezond en komen slechts sporadisch naar de huisarts. Tijdens die consultaties wordt dan het acute opgelost en is er minder vraag naar of minder tijd voor preventieve geneeskunde. Andere preventieprogramma's zijn wellicht nodig om deze doelgroepen te bereiken.

Uit het observationele project voor deze masterproef binnen praktijk "De Brug", blijkt dat als patiënten worden doorverwezen, het voor die individuen vaak wel succesvol blijkt. Ze voelen zich fitter en zijn overtuigd van de voordelen van beweging. Acht van de negen patiënten boodden zich aan bij de beweegcoach en rondden het traject af. Bewegen op verwijzing blijkt dus niet voor iedereen een geschikte manier om te bewegen, maar is erg succesvol voor een beperkte deelpopulatie. Bewegen op verwijzing is in de gemeente Mol een nieuwe tool voor huisartsen om de patiënt te begeleiden naar een gezonder en actiever leven, maar een gepersonaliseerde aanpak per patiënt en het aanreiken van alternatieven blijft nodig.

Ook al is er in het BOV-project alles aan gedaan om drempels te minimaliseren, toch blijven patiënten twijfelachtig over het initiatief. Uit de inteviews blijkt dat vooral tijd voor patiënten een drempel is om systematisch meer te bewegen. De beweegcoach bekijkt wel hoe dit opgelost kan worden, maar de doorverwijzing naar het onbekende blijkt ook een drempel. De beweegcoach is, ondanks enige promotie van het project, nog geen gekend gezicht in de gemeente. Wat tijd betreft, zag men tijdens de maatregelen omtrent de coronacrisis toch een aanzienlijke toename van bewegende patiënten. Dit zou kunnen betekenen dat tijd inderdaad een drempel is in de huidige maatschappij. Door de sluiting van vele bedrijven en winkels kwamen mensen massaal weer op straat om te wandelen of te fietsen. De dagindeling moest bij velen veranderen waarbij "werken" wegviel en vaak werd ingeruild voor "bewegen". Tijd geven aan de mensen doet wél bewegen. Dit is waarschijnlijk de belangrijkste conclusie voor de toekomst. Bewegen zou geïntegreerd kunnen worden op de werkvloer, er zou kunnen worden gebrainstormd over mogelijkheden om mensen meer te laten bewegen tijdens de dagelijkse activiteiten of lokale besturen kunnen van deze coronacrisis gebruik maken om bewegen weer te promoten.

Besluit

Bewegen op verwijzing is een initiatief van de Vlaamse Overheid dat opstartte in Mol op 1 januari 2019. Binnen huisartsenpraktijk “De Brug” werd deze opstart geëvalueerd a.d.h.v. registratie van de verwijzingen naar de beweegcoach binnen de praktijk. Het blijkt dat patiënten motiveren en verwijzen naar dit project niet eenvoudig is. Echter zijn de artsen wel eerder positief over dit initiatief en zijn vooral ook de doorverwezen patiënten erg tevreden na afronding van het beweegtraject. De voornaamste reden van huisartsen om door te verwijzen naar bewegen op verwijzing is een aandoening waar de patiënt aan lijdt en waarbij bewegen voordelig kan zijn voor het ziekteproces. Meer aandacht voor proactieve acties en meer bewegen in het dagelijkse leven is nodig. Dit wordt best op lokaal niveau geregeld door samenwerking van de verschillende spelers binnen de gezondheidszorg.

Referenties

1. van der Jagt F, van Hagen M. Handboek Bewegen op Recept [Internet]. 1st ed. Sterk T, editor. NIGZ; 2007. 48 p. Available from: https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=257&m=1422882762&action=file.download
2. Hoeijmakers M. Leefstijl en bewegen in de eerste lijn. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2008;33–6. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreikingenleefstijlinterventiedefversie.pdf
3. Decraene P. Boffen de deelnemers van BOV: Resultaten van een pilootproject waarbij de actieve levensstijl van maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars bevorderd wordt [Internet]. 2012. p. 84. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Boffen_de_deelnemers_van_BOV_Rapport_2012.pdf
4. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Evaluatierapport Bewegen Op Verwijzing zomer 2018 [Internet]. 2018. p. 77. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Evaluatierapport-Bewegen-Op-Verwijzing-begin-tot-zomer-2018.pdf
5. Levensstijleducatie bij type 2 diabetes [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2017 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00489
6. Het belang van lichaamsbeweging en dieet bij het verlagen van LDL-cholesterolwaarden. Minerva [Internet]. 1999 [cited 2019 Feb 1];28(9):383–5. Available from: http://www.minerva-ebm.be/nl/article/1138
7. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Kilrane M, Greig CA, Brazzelli M, et al. Physical fitness training for stroke patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.
8. Hurkmans E, Van Der Giesen FJ, Vlieland TPMV, Schoones J, Van Den Ende ECHM. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009.
9. Fibromyalgie [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2017 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00395
10. Vermeire E. Fractuurpreventie: de kracht van evidentie of de impact van optimisme? Minerva [Internet]. 2001 [cited 2019 Feb 1];30(2):88–93. Available from: http://www.minerva-ebm.be/nl/article/1030
11. KNGF. Kinesitherapeutische richtlijn Artrose heup-knie [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0107b
12. KCE. Lage rugpijn: niet ongerust zijn en blijven bewegen! [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://kce.fgov.be/nl/lage-rugpijn-niet-ongerust-zijn-en-blijven-bewegen
13. Nieuwe voedings- en bewegingsdriehoek | Domus Medica [Internet]. Domus Medica. 2017 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://domusmedica.be/actueel/nieuwe-voedings-en-bewegingsdriehoek
14. WHO. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. 2010. 58 p. Available from: https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/factsheet_adults/en/
15. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Beweegt de Vlaming genoeg? | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/cijfers-beweging/beweegt-de-vlaming-genoeg
16. WHO. GHO | By category | Prevalence of insufficient physical activity among adults - Data by WHO region. WHO [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 1]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en
17. WHO. NCDs | WHO launches ACTIVE: a toolkit for countries to increase physical activity and reduce noncommunicable diseases. WHO [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 1]; Available from: https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/active-toolkit/en/
18. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2005 Jan 24 [cited 2020 Feb 4];(1). Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004017.pub2
19. Byrne H, Caulfield B, De Vito G. Self-directed exercise programmes in sedentary middle-aged individuals in good overall health; a systematic review. Preventive Medicine. 2018.
20. Smeyers L, Deboutte F, Bartholomeeusen E. Bewegen op voorschrift. Een handig instrument om

patiënten in beweging te krijgen. Huisarts Nu [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 1];(42):238–41. Available from: https://domusmedica.be/actueel/tijdschrift-huisarts-nu/2013-42e-jaargang/bewegen-op-voorschrift

21. Debbaut P. Bewegen op verwijzing - Patiëntgebonden kenmerken, motivaties, barrières en opportuniteiten om deel te nemen aan BOV en het al dan niet succesvol te beïndigen. KULeuven; 2018.

22. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Hoeveel kost de begeleiding door een coach? | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/hoeveel-kost-de-begeleiding-door-een-coach

23. Agentschap Zorg en Gezondheid. Bewegen op verwijzing - Zorg en Gezondheid [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/bewegen-op-verwijzing

24. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Wie komt in aanmerking voor Bewegen op Verwijzing? | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/wie-komt-in-aanmerking-voor-bewegen-op-verwijzing

25. Vrancken D, Verdonck P. Bewegen op Verwijzing. Van het dokterskabinet naar de sportkleedkamer | Domus Medica. Huisarts Nu [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 1];47:218–22. Available from: https://domusmedica.be/actueel/tijdschrift-huisarts-nu/huisarts-nu-2018-475-september-oktober/bewegen-op-verwijzing-van

26. Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause LK. Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.

27. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med [Internet]. 2008 Jun 5 [cited 2019 Feb 1];358(23):2468–81. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525043

28. Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann R. What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. Eur J Public Health. 2015;

29. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: A systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. Journal of Epidemiology and Community Health. 2017.

30. Waitman J, Caeiro G, Romero Gonzalez SA, Ré DP, Daghero A, Gonzalez CD, et al. Social vulnerability and hypoglycemia among patients with diabetes. Endocrinologia, Diabetes y Nutricion. 2017.

31. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: A systematic review. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2012.

32. Potter EL, Hopper I, Sen J, Salim A, Marwick TH. Impact of socioeconomic status on incident heart failure and left ventricular dysfunction: Systematic review and meta-analysis. Eur Hear J - Qual Care Clin Outcomes. 2019;

33. Khaing W, Vallibhakara SA, Attia J, McEvoy M, Thakkinstian A. Effects of education and income on cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Preventive Cardiology. 2017.

34. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. PLoS One. 2014;

35. Tang KL, Rashid R, Godley J, Ghali WA. Association between subjective social status and cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2016 Mar 18 [cited 2019 Feb 1];6(3):e010137. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26993622

36. Cohen AK, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: A systematic review. Obesity Reviews. 2013.

37. Cairns J-M, Graham E, Bambra C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. Soc Sci Med [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Feb 1];192:102–11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28965001

38. Ribeiro WS, Bauer A, Andrade MCR, York-Smith M, Pan PM, Pingani L, et al. Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2017;

39. Crichton J, Hickman M, Campbell R, Batista-Ferrer H, Macleod J. Socioeconomic factors and other sources of variation in the prevalence of genital chlamydia infections: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2015 Dec 30 [cited 2019 Feb 1];15(1):729. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26224062

40. Petrovic D, de Mestral C, Bochud M, Bartley M, Kivimäki M, Vineis P, et al. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. Preventive Medicine. 2018.

41. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nicotine Tob Res [Internet]. 2016 Sep 27 [cited 2019 Feb 1];19(12):ntw266. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27679607

42. Meader N, King K, Moe-Byrne T, Wright K, Graham H, Petticrew M, et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. BMC Public Health [Internet]. 2016 Dec 29 [cited 2019 Feb 1];16(1):657. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27473458

43. O'Donoghue G, Perchoux C, Mensah K, Lakerveld J, van der Ploeg H, Bernaards C, et al. A systematic review of correlates of sedentary behaviour in adults aged 18–65 years: a socio-ecological approach. BMC Public Health [Internet]. 2016 Dec 17 [cited 2019 Feb 1];16(1):163. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26887323

44. Avonts D, Vandenberghe S, Willems S. Preventieve interventies door een equity-bril. Een gelijke gezondheidswinst voor iedereen? Huisarts Nu [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 1];42(5):233–8. Available from: https://domusmedica.be/actueel/tijdschrift-huisarts-nu/2013-42e-jaargang/preventieve-interventies-door-een-equity-bril

45. Vandenberghe S, Willems S, Detollenaere J. Kan preventie gezondheidsverschillen verkleinen? Impact van populatiegerichte interventies op sociale ongelijkheid. Huisarts Nu [Internet]. 2015 Mar 15 [cited 2019 Feb 1];(44):20–2. Available from: https://domusmedica.be/actueel/tijdschrift-huisarts-nu/huisarts-nu-2015-441-januari-februari/kan-preventie

46. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Word jij een bewegen op verwijzing-coach? | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/bov-coach-worden

47. Bewegen Op Verwijzing kan ook met een generische verwijsbrief | Domus Medica [Internet]. Domus Medica. 2018 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://domusmedica.be/actueel/bewegen-op-verwijzing-kan-ook-met-een-generische-verwijsbrief

48. Vlaanderen. Balen [Internet]. Gemeenten en provincies. 2020. Available from: https://www.vlaanderen.be/gemeenten-en-provincies/provincie-antwerpen/balen

49. Vlaanderen. Mol [Internet]. Gemeenten en provincies. 2020. Available from: https://www.vlaanderen.be/gemeenten-en-provincies/provincie-antwerpen/mol

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst van figuren

Figuur 1: Evolutie deelnemende gemeenten en steden aan beweging op verwijzing.
Figuur 2: Schematische voorstelling literatuurstudie
Figuur 3: Bewegingsdriehoek
Figuur 4: Verdeling van het geslacht van de artsen per ingevulde vragenlijst
Figuur 5: Verdeling van de leeftijd/werkervaring van de artsen per ingevulde vragenlijst
Figuur 6: Eerdere doorverwijzingen per arts per ingevulde vragenlijst
Figuur 7: Geslacht van de patiënt
Figuur 8: Weergave van het beroep van de patiënt
Figuur 9: Reden tot doorverwijzing naar het BOV-project
Figuur 10: Comorbiditeiten van patiënten doorverwezen naar het BOV-project

Bijlage 2: Protocol

Protocol Manamathesis Huisartsgeneeskunde

Promotor: Giannoula Tsakitzidis
Co-promotor: Kris Ides

Student: Lore Goetschalckx

Titel: Interprofessioneel samenwerken: Evaluatie van de opstart en opvolging van Bewegen op Verwijzing in regio Mol

Inleiding

Begin jaren 2000 startte de stad Den Haag met een proefproject om de inwoners meer te laten bewegen onder de naam "bewegen op recept" (1). Enkele jaren later, in 2010, waaide het project over naar België met een pilootstudie in Leuven (2). De focus lag op maatschappelijk kwetsbare inwoners en met de hulp van enkele mensen uit het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt, werd het project als succesvol geëvalueerd. Ondertussen, bijna 10 jaar later, is bewegen op verwijzing in 160 Vlaamse steden en gemeenten opgestart (3). "Bewegen op verwijzing" is een project van de Vlaamse Overheid waarbij sedentaire inwoners of mensen die minder dan 150 minuten per week bewegen persoonlijke begeleiding krijgen om een beweegplan op te stellen en fysiek actiever te worden (4).

Voor zorgregio Mol (Balen-Dessel-Mol) kwam de goedkeuring voor de opstart van het beweegproject er in november 2017. Bewegen op verwijzing kon van start gaan onder leiding van een coach uit Balen. In 2018 werd een uitbreidingsaanvraag ingediend voor gemeente Mol waardoor in november 2018 ook hier een coach het project kon ondersteunen.

In Balen zijn naar schatting nu een 20-tal mensen gestart. Begin 2019 zijn er in Mol nog geen deelnemers, dus de vraag rijst hoe en waarom artsen doorverwijzen en of artsen de weg naar de bewegingstherapeut vinden.

Doelstelling

Door middel van deze studie wordt gepoogd de factoren in kaart te brengen op basis waarvan de huisarts patiënten doorverwijst naar het project "Bewegen op verwijzing".

Onderzoeksvragen

Wat maakt dat de huisarts volwassen patiënten doorverwijst naar de beweegcoach? Welke patiëntgebonden factoren spelen mee in deze beslissing?

Onderzoeksopzet

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag wordt na een literatuurstudie een kwaliteitsbevorderend onderzoek gevoerd. Bij literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van de CEBAM-database, alsook Cochrane en Pubmed.

Kwaliteitsbevorderend onderzoek

Het kwaliteitsbevorderend onderzoek bestaat uit twee periodes waarin artsen een korte vragenlijst invullen met behulp van Qualtrics. Nadien volgt er tijdens een LOK-vergadering een focusgesprek over de resultaten van de studie. Door middel van de vragenlijst wordt binnen Huisartsenpraktijk De Brug, een groepspraktijk in Mol met 8 artsen, nagegaan waarom patiënten al dan niet doorverwezen worden naar een bewegingscoach en op basis van welk argument. De studie loopt vanaf 1 maart 2019. Na een observatieperiode van 6-tal maanden (periode 1) worden de eerste gegevens geanalyseerd en wordt een flowchart gemaakt of gelijkaardige kleine aanpassing die de artsen helpt om efficiënter door te verwijzen. Deze flowchart wordt toegepast bij verdere doorverwijzing in dezelfde groepspraktijk. Na een tweede observatieperiode (periode 2) van 6-tal maanden wordt de flowchart met eventuele aanpassingen voorgesteld aan de artsen in Mol op een LOK-overleg en op bruikbaarheid getoetst aldaar in de focusgroep of door middel van een interview. De gegevensverzameling van deze tweede fase gebeurt tot 1 maart 2020. Hierna zal er vergelijkende analyse gebeuren. Er wordt nagegaan of de bekomen resultaten representabel zijn voor de volledige populatie aan artsen in gemeente Mol door middel van een interview of overleg tijdens een LOK-overleg in Mol. Het aantal artsen daar aanwezig is sterk variabel en moeilijk te voorspellen. Meestal nemen hier tussen de 10 à 30 artsen aan deel. Indiening van het eindwerk vindt plaats op 1 mei 2020.

Steekproefgrootte

De groepspraktijk waarin de start van het onderzoek wordt gegeven, bestaat uit 8 artsen. Dit is een van de grootste praktijken in regio Mol. De leeftijden van de artsen liggen gespreid tussen de 25 en 65 jaar met in iedere decade minstens 1 arts. Ook man-vrouw verhouding is gelijk verdeeld. Op deze manier wordt een eerste beeld gegeven van het voorschrijfgedrag van de artsen in Mol. Deze artsen vullen de vragenlijst in, telkens ze een patiënt wilden doorverwijzen naar het “bewegen op verwijzing”-project. Op die manier wordt gepoogd meer dan 20 doorverwijzingen per periode te includeren. De voorstelling van de resultaten na periode 2 gebeurt in de LOK-groep met variabel aantal aanwezigen. In Mol is één beweegcoach werkzaam.

Inclusiecriteria

Artsen die patiënten behandelen met volgende patiëntengegevens kunnen worden geïncludeerd indien de patiënten voldoen aan onderstaande criteria

- Volwassen man of vrouw
- Consultatie bij de huisarts
- Voldoen aan de voorwaarden binnen het project “bewegen op verwijzing” (5) namelijk
    - Sedentaire levensstijl of;
    - < 150 minuten beweging per week
- Ongeacht comorbiditeit
- Arts gaat akkoord met het invullen van de vragenlijst

Exclusiecriteria

In volgende situaties kunnen patiëntengegevens kunnen niet door artsen worden geïncludeerd:

- Jonger dan 21 jaar
- Niet voldoen aan de voorwaarden binnen het project “bewegen op verwijzing”

- Patiënt wordt niet gezien op consultatie binnen de periode waarin gegevens verzameld worden
- Arts gaan niet akkoord met het invullen van de vragenlijst

Statistische Analyse

Analyse van de gegevens zal gebeuren aan de hand van beschrijvende statistiek van de demografische gegevens en de categorische variabelen in de vragenlijst. De gegevens uit beide observatieperiodes worden ook onderling geanalyseerd door vergelijkende statistiek.

Ethische overwegingen

Er wordt vanuit de patiënt geen extra inspanning gevraagd. “Bewegen op verwijzing” is een project opgestart in Mol en patiënten worden geïnformeerd hierover bij de huisarts. De huisarts is de persoon die de vragenlijst invult, waarbij enkel geslacht en leeftijd van de patiënt en de arts worden genoteerd. Enkel bij de reden van doorverwijzing kunnen persoonlijke klinische gegevens van de patiënt worden genoteerd. De gegevens worden gecodeerd bij de analyse. Data die worden verzameld in het onderzoek, zullen gecodeerd verwerkt worden en worden bewaard bij Giannoula Tsakitzidis. De gegevens worden opgeslagen binnen een beveiligde map op de server van de Universiteit Antwerpen gedurende het volledige onderzoek tot na de inlevertermijn van de masterthesis op 1 mei 2020. Het project houdt geen risico’s in voor de patiënt. Er wordt ook niet gewerkt met farmaceutische producten. De deelnemende artsen worden ingelicht voor aanvang van de vragenlijst over de inhoud en het doel van deze masterproef. Zij kunnen op ieder moment de deelname stoppen.

Vragenlijst

Gegevens van de deelnemer (arts):

- Geslacht
    - Man
    - Vrouw
- Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
    - 21 - 30 jaar
    - 31 – 40 jaar
    - 41 – 50 jaar
    - 51 – 60 jaar
    - 60 +
- Hoe lang beoefent u uw beroep reeds uit?
    - 0 – 5 jaar
    - 5 – 10 jaar
    - 10 – 15 jaar
    - 15 – 20 jaar
    - 20 – 30 jaar
    - > 30 jaar

Vragen met betrekking tot het project “bewegen op verwijzing”

- Hoeveel patiënten verwees u reeds door naar het project?
    - Geen
    - < 5
    - 6 – 10
    - > 10
- Waarom stelde u onlangs een patiënt voor om naar de beweegcoach te gaan?
    - De patiënt had een zittend beroep
    - De patiënt had < 150 minuten beweging per week
    - De patiënt had een bepaalde pathologie waarbij bewegen voordelig kan zijn
    - Andere reden:
- Indien de patiënt leed aan een pathologie waarbij bewegen voordelig kan zijn, ging dit dan over:
    - Lage rugklachten
    - Overgewicht
    - Diabetes Mellitus type 2
    - Burn-out, stress of psychosomatische klachten
    - Cardiovasculaire klachten of een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel
    - Andere, namelijk:
- Ging de patiënt in op het voorstel? Met andere woorden, heeft u effectief een verwijsbrief opgesteld?
    - Ja
    - Nee
- Indien de patiënt (nog) niet doorverwezen wou worden, was dit omdat de patiënt:
    - De kostprijs te hoog vond?
    - Onvoldoende gemotiveerd was?
    - Het concept niet passend vond?
    - Geen tijd had of een gebrek aan kinderopvang?
    - Angst had voor pijn?
    - Moeilijkheden had met de taal?
    - Een andere reden, namelijk:
- Wat was het geslacht van de patiënt?
    - Man
    - Vrouw
- Wat was de leeftijd van de patiënt?

Info aan de deelnemers

Bewegen op verwijzing: evaluatie van de opstart van het "bewegen op verwijzing"-project in regio Mol

Info aan de deelnemers:

Bewegen op verwijzing is een project van de Vlaamse Overheid. Via een voorschrift van de huisarts kunnen personen met een sedentaire levensstijl of met onvoldoende beweging (< 150 min/week) persoonlijk begeleid worden. Samen met een beweegcoach wordt een beweegplan opgesteld om deelnemers op een haalbare manier voldoende te laten bewegen. Met dit kwaliteitsverbeterend onderzoek willen we met een korte vragenlijst nagaan waarom een huisarts al dan niet doorverwijst naar een beweegcoach. Ook onderzoeken we welke criteria de arts hiervoor hanteert. De vragenlijst wordt idealiter ingevuld, telkens als u een patiënt hebt voorgesteld om deel te nemen aan het "bewegen op verwijzing"-project. De gegevens uit deze studie worden geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek. In een LOK-groep kunnen achteraf de resultaten vergeleken worden met het voorschrijfgedrag van andere artsen uit de regio met betrekking tot "bewegen op verwijzing".

Informed consent

Ik verklaar hierbij dat ik op een duidelijke manier ingelicht ben over de aard en methode van het onderzoek in bijgevoegd informatiedocument. Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik weet dat ik me op elk moment mag terugtrekken uit de studie en dat reeds ingevulde vragen kunnen gebruikt worden voor analyse. Ik heb recht op inzage en herroeping van mijn deelname. Gegevens die worden verzameld in het onderzoek, zullen gecodeerd verwerkt worden en worden bewaard bij Giannoula Tsakitzidis. De data worden opgeslagen binnen een beveiligde map op de server van de Universiteit Antwerpen gedurende het volledige onderzoek tot na de inlevertermijn van de masterthesis op 1 mei 2020. Ingevulde gegevens worden bewaard tot na afloop van de studie. Voor vragen of verdere informatie, kan u zich wenden tot dr. Lore Goetschalckx. Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Ik begrijp bovenstaande tekst en ga akkoord.

Naam Voornaam deelnemende arts	Naam Voornaam onderzoeker
Datum	datum
Handtekening ter akkoord	Handtekening

1. van der Jagt F, van Hagen M. Handboek Bewegen op Recept [Internet]. 1st ed. Sterk T, editor. NIGZ; 2007. 48 p. Available from: https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=257&m=1422882762&action=file.download
2. Decraene P. Boffen de deelnemers van BOV: Resultaten van een pilootproject waarbij de actieve levensstijl van maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars bevorderd wordt [Internet]. 2012. p. 84. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Boffen_de_deelnemers_van_BOV_Rapport_2012.pdf
3. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Evaluatierapport Bewegen Op Verwijzing zomer 2018 [Internet]. 2018. p. 77. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Evaluatierapport-Bewegen-Op-Verwijzing-begin-tot-zomer-2018.pdf
4. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Wie komt in aanmerking voor Bewegen op Verwijzing? | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/wie-komt-in-aanmerking-voor-bewegen-op-verwijzing
5. Vlaams Instituut Gezond Leven VZW. Beweegt de Vlaming genoeg? | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/cijfers-beweging/beweegt-de-vlaming-genoeg

Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Mevr. G. Tsakitzidis
UA
Huisartsgeneeskunde
D.R.319
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Interprofessioneel samenwerken: evaluatie van de opstart en opvolging van 'bewegen of verwijzing' in regio Mol (Manama HA geneeskunde Lore Goetschalckx)

Belgisch Registratienummer: B300201940115

datum	ons kenmerk	contact
15/04/2019	19/13/173	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 15/04/2019 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Goetschalckx Lore
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 28/02/2019
  Versie 1
- Protocol dd. 28/02/2019
  Versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 28/02/2019
  Versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Het is niet duidelijk of er patiëntengegevens worden genoteerd, dit wordt wel terloops vermeld in de ethische overwegingen. Dit is eigenlijk niet nodig. Indien ze toch genoteerd worden dan dient dit anoniem te gebeuren.
2) Graag het inzagerecht en de herroeping in het ICF te herformuleren en verder toe te lichten.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/13/173

datum	ons kenmerk	contact
15/04/2019	19/13/173	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Mevr. L. Goetschalckx, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/13/173

datum	ons kenmerk	contact
15/04/2019	19/13/173	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

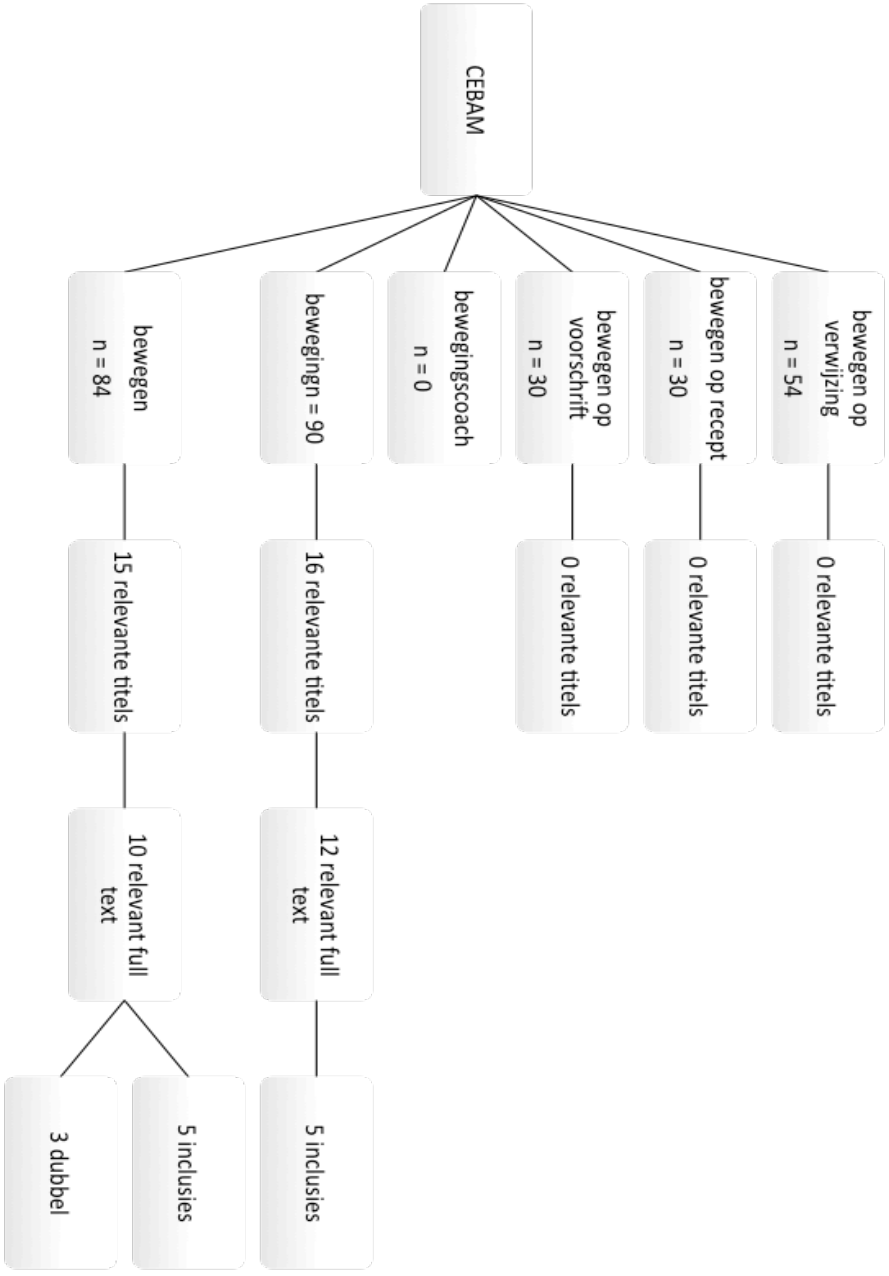
Samenstelling Ethisch Comité sinds 7/01/2019.
Deze studie werd besproken op vergadering van 15/04/2019.

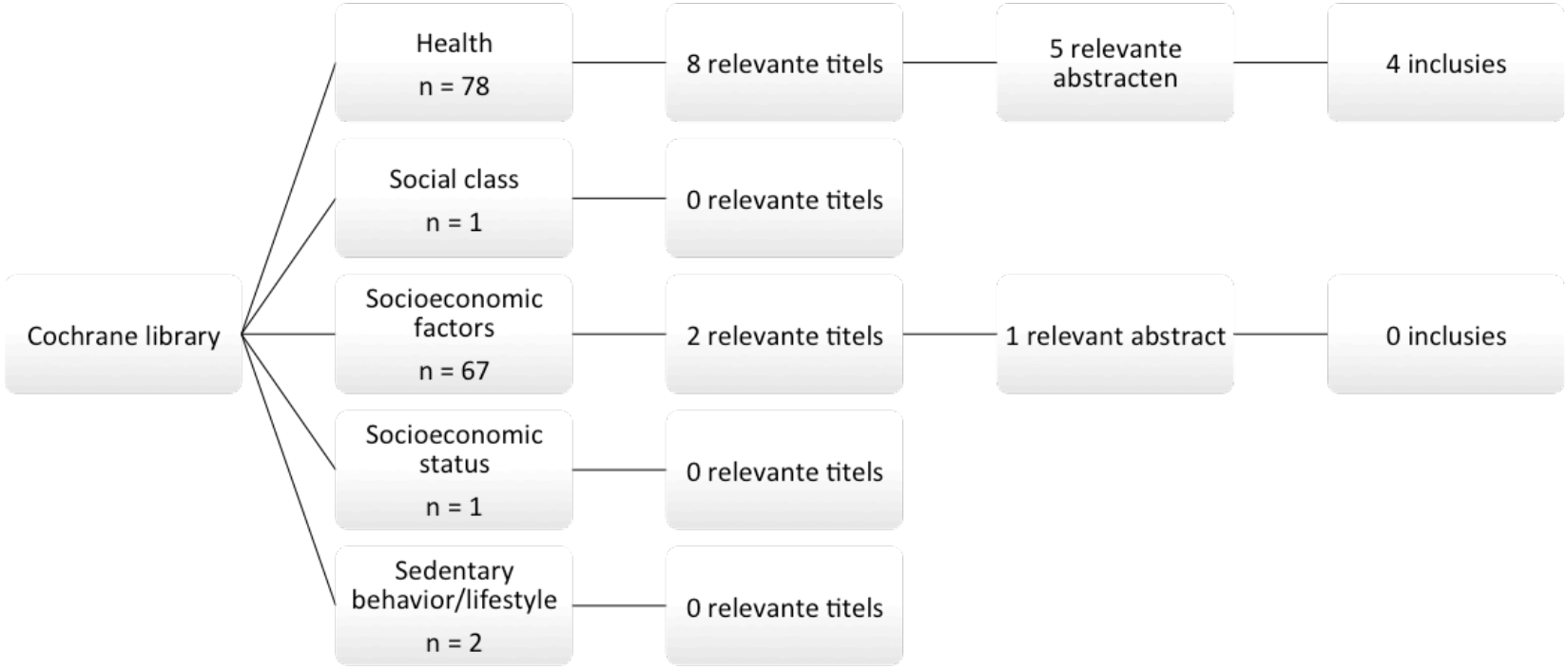
	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
Leden EC UZA			
BASTIAENS Valerie	Apotheker	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	-
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	-
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	V	+
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	-
Uitgenodigde Experten			
AERTSEN Veerle	Patiëntenvertegenwoordiger	V	-
DOCKX Celine	Jurist	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
Onthouding van stemming omwille van een belangenconflict bij deze studie			
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
MOONS Pieter	Coördinator bio- en weefselbank	M	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VANDEPERRE Peggy	Vertegenwoordigster gezonde vrijwilligers	V	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 4: Zoekstrategie literatuurstudie




Cochrane library
Health
n = 78
8 relevante titels
5 relevante abstracten
4 inclusies
Social class
n = 1
0 relevante titels
Socioeconomic factors
n = 67
2 relevante titels
1 relevant abstract
0 inclusies
Socioeconomic status
n = 1
0 relevante titels
Sedentary behavior/lifestyle
n = 2
0 relevante titels

Pubmed
2013 - heden, systematic review - human
"health"[MeSH Terms])AND "physical conditioning, human"[MeSH Terms] AND "socioeconomic factors"[MeSH Terms]
n = 0
"social class" [MeSH Terms]) AND "health"[MeSH Terms])
n = 34
9 relevante titels
5 relevante abstracten
4 inclusies
("health status"[MeSH Terms]) AND "social class"[MeSH Terms]
n = 62
3 relevante titels
2 relevante abstracten
2 inclusies
1 dubbel abstract
"health status"[MeSH Terms] AND "sedentary behavior"[MeSH Terms]
n = 24
4 relevante titels
2 relevante abstracten
1 inclusie
"health"[MeSH Terms]) AND "sedentary behavior"[MeSH Terms]
n = 44
3 relevante titels
0 inclusies
"health"[MeSH Terms]) AND "socioeconomic factor"[MeSH Terms]
n = 359
9 relevante titels
3 relevante abstracts
3 inclusies
2 dubbele abstracts
"health status"[MeSH Terms] AND socioeconomic factor[MeSH Terms]
n = 259
19 relevante titels
4 relevante abstracts
2 inclusies
2 dubbele abstracts

Bijlage 5: Vragenlijst Qualtrics

Gegevens van de deelnemer (arts):

- Geslacht
  - Man
  - Vrouw
- Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
  - 21 - 30 jaar
  - 31 – 40 jaar
  - 41 – 50 jaar
  - 51 – 60 jaar
  - 60 +
- Hoe lang beoefent u uw beroep reeds uit?
  - 0 – 5 jaar
  - 5 – 10 jaar
  - 10 – 15 jaar
  - 15 – 20 jaar
  - 20 – 30 jaar
  - > 30 jaar

Vragen met betrekking tot het project “bewegen op verwijzing”

- Hoeveel patiënten verwees u reeds door naar het project?
  - Geen
  - < 5
  - 6 – 10
  - > 10
- Waarom stelde u onlangs een patiënt voor om naar de beweegcoach te gaan?
  - De patiënt had een zittend beroep
  - De patiënt had < 150 minuten beweging per week
  - De patiënt had een bepaalde pathologie waarbij bewegen voordelig kan zijn
  - Andere reden:
- Indien de patiënt leed aan een pathologie waarbij bewegen voordelig kan zijn, ging dit dan over:
  - Lage rugklachten
  - Overgewicht
  - Diabetes Mellitus type 2
  - Burn-out, stress of psychosomatische klachten
  - Cardiovasculaire klachten of een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel
  - Andere, namelijk:
- Ging de patiënt in op het voorstel? Met andere woorden, heeft u effectief een verwijsbrief opgesteld?
  - Ja
  - Nee
- Indien de patiënt (nog) niet doorverwezen wou worden, was dit omdat de patiënt:
  - De kostprijs te hoog vond?
  - Onvoldoende gemotiveerd was?
  - Het concept niet passend vond?
  - Geen tijd had of een gebrek aan kinderopvang?
  - Angst had voor pijn?
  - Moeilijkheden had met de taal?
  - Een andere reden, namelijk:
- Wat was het geslacht van de patiënt?
  - Man
  - Vrouw
- Wat was de leeftijd van de patiënt?