Hordes en springplanken bij motiveren tot meer bewegen

Student: Jacobs Vincent, KULeuven

Student: Marie Meuwis, KULeuven

Promotor: Patrik Vankrunkelsven, KULeuven

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

Graag hadden wij enige woorden van dank neergeschreven gericht aan diegenen die ons begeleid hebben gedurende dit proces.

Eerst en vooral bedanken wij graag onze praktijkopleiders, Dr. Kristien Dessers en Dr. Leen De Bruyn, die ons regelmatig de ruimte gaven om te werken aan onze masterthesis en die altijd klaarstonden voor op advies waar nodig.

Daarnaast willen wij onze promotor, Prof. Dr. Patrik Vankrunkelsven, bedanken die ons wist bij te sturen waar nodig.

Ook dank aan de organisatoren van de LOK's (lokale kwaliteitsgroep) en alle deelnemende artsen voor hun inzet en het delen van hun ervaring.

Tot slot bedanken wij ook nog graag in het bijzonder Luc Lipkens, die het project 'Bewegen Op Verwijzing' op beide LOK-vergaderingen is komen voorstellen.

Abstract

Inleiding

Preventieve geneeskunde treedt de laatste jaren meer en meer op de voorgrond. Ondanks deze evolutie wordt er wereldwijd toch een toenemend sedentarisme en fysieke inactiviteit waargenomen, die mede oorzaak is van een obesitasepidemie. Voor het eerst sterven er meer mensen als gevolg van overgewicht dan aan hongersnood. Studies tonen aan dat fysieke inactiviteit een even grote bijdrage heeft aan de globale mortaliteit per jaar als roken. Huisartsen hebben een direct en laagdrempelig contact met patiënten en kunnen daardoor een belangrijke rol spelen in het proces tot bewegingspromotie. Het identificeren van barrières en bevorderende factoren bij huisartsen om aan bewegingspromotie te doen is onze onderzoeksopzet.

Literatuuronderzoek

We zochten literatuur over de beïnvloedende factoren bij huisartsen en bij patiënten. We hebben 6 overzichtsartikels geïncludeerd. Hieruit blijkt dat huisartsen bewegingspromotie als belangrijk beschouwen en zij dit zien als hun gedeelde taak. De voornaamste belemmerende factor bleek tijdsgebrek. Daarnaast zijn ook indruk van gebrek aan motivatie bij de patiënt en andere prioriteiten bij de huisarts belangrijke barrières. Door gebrek aan gegevens in de studies kon geen uitspraak worden gedaan over de voornaamste bevorderende factoren.

Methodologie kwalitatief onderzoek

We voerden een exploratief en kwalitatief onderzoek uit aan de hand van 2 semigestructureerde focusgroepinterviews tijdens LOK-bijeenkomsten. Het beoogde doel was een antwoord op de vraag: “Welke drempels en faciliterende factoren ervaren huisartsen bij bewegingspromotie?”.

Resultaten

We voerden 2 focusgroep-interviews uit met in het totaal 26 deelnemende artsen. Het merendeel van de artsen blijkt niet actief aan bewegingspromotie te doen, al erkennen ze allen wel het belang ervan. Voornaamste barrières waren: gebrek aan kennis over de bewegingsmogelijkheden, tijdsgebrek, negatieve attitude van de patiënt t.o.v. van beweging, fysieke beperking en gebrek aan motivatie. De voornaamste facilitatoren die aan bod kwamen waren: reclame op tv, het gebruik van smartwatches en apps, het aanbieden van laagdrempelige en goedkope sporten, positieve ervaringen van de patiënt in het verleden en bepaalde pathologieën waarbij bewegingspromotie makkelijker ter sprake gebracht kon worden.

Conclusie

Uit ons onderzoek blijkt dat bewegingspromotie slechts bij een minderheid van huisartsen in de dagdagelijkse praktijk aan bod komt. Het wordt vooral toegepast bij patiënten met bepaalde pathologieën (zoals diabetes) of tijdens specifieke consultaties (zoals een preventief consult) . Uit onze focus-interviews kwam verder naar voren dat tijdsgebrek de grootste barrière was in het doen aan bewegingspromotie. De voornaamste facilitator was het kunnen aanbieden van laagdrempelige sporten . Deze bevindingen komen overeen met wat we in de bestaande literatuur konden vinden. Verder kwantitatief en kwalitatief onderzoek is echter nog noodzakelijk om dit op een bruikbare manier te kunnen implementeren in de gezondheidszorg.

Inhoudsopgave

Dankwoord 3
Abstract 4
Inhoudsopgave 5
Inleiding 6
1. Literatuuronderzoek 7
1.1 Doel 7
1.2 Methodologie 7
1.3 Resultaten literatuuronderzoek 7
1.3.1 Beïnvloedende factoren bij huisartsen 8
1.3.2 Beïnvloedende factoren bij patiënten 12
2. Overzicht van ondersteunende projecten op het terrein 15
3. Focusgroeponderzoek 17
3.1 Inleiding 17
3.2 Onderzoeksmethodologie 17
3.2.1 Onderzoeksopzet 17
3.2.2 Selectie van deelnemers 17
3.2.3 Dataverzameling 18
3.2.4 Dataverwerking en -analyse 18
3.2.5 Ethische aspecten 19
3.3 Resultaten 19
3.3.1 Populatiekarakteristieken 19
3.3.2 Vermelde barrières 20
3.3.3 Vermelde facilitatoren 24
4 Discussie 29
4.1 Oplossingen en implicaties voor de praktijk 29
4.2 Sterke punten en mogelijke beperkingen 34
5. Conclusie 35
Literatuurlijst 36
Bijlagen 38
Bijlage 1: Informatieve e-mail 38
Bijlage 2: Informed consent 39
Bijlage 3: Masterpaperprotocol 44
Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité 49

Inleiding

Het laatste decennium is er groeiende aandacht voor preventieve geneeskunde. Er heerst daarnaast bij de algemene bevolking via talrijke media een soort gezondheidshype met gezondheidsapps, gezonde kookboeken, sportevents, … die als paddenstoelen uit de grond schieten. Dit staat lijnrecht tegenover de wereldwijd toenemende obesitasepidemie en bijhorende problemen (metabool syndroom, diabetes, gonartrose, cardiovasculaire aandoeningen, …). Voor het eerst sterven er meer mensen als gevolg van overgewicht dan aan hongersnood.[1]

Het gebrek aan fysieke activiteit is naast voeding een belangrijke trigger in deze problematiek. Daarnaast is fysieke activiteit een zeer belangrijke gezondheidsindicator. Studies tonen aan dat fysieke inactiviteit bijna een even grote bijdrage heeft aan de globale mortaliteit per jaar als roken, namelijk 6%.[2] Er is een duidelijke dosis-respons relatie tussen gestegen fysieke activiteitsniveau en gedaalde globale mortaliteit en morbiditeit.[3] Daarnaast speelt fysieke inactiviteit een belangrijk rol bij cardiovasculaire ziekten, diabetes, hypertensie, kanker, osteoporose, depressie, sarcopenie, etc.[4] Er zijn voldoende redenen om een sedentaire levensstijl te bestrijden, niet enkel in secundaire, maar ook in primaire preventie.

Het initiatief 'Gezond Leven' van de Vlaamse overheid beschrijft duidelijke bewegingsdoelen gebaseerd op de aanbevelingen van het WHO.[2] De aanbeveling luidt als volgt::

1. Beweeg aan lichte intensiteit gedurende het grootste deel van de (wakkere) dag.
   (om sedentarisme tegen te gaan)
2. Beweeg aan matige intensiteit minstens 150 minuten per week
   OF beweeg aan hoge intensiteit minstens 75 minuten per week
   OF combinatie van matige en hoge intensiteit gedurende minstens het equivalent van het hoger omschreven.
   (om fysieke inactiviteit tegen te gaan)
3. Doe tweemaal per week activiteiten die de spieren en botten versterken en die je balans en flexibiliteit promoten.
   (om spierkrachtverlies en sarcopenie tegen te gaan)

In West-Europese landen - zoals België - zouden slechts 1 op 2 burgers deze minimumnormen bereiken.[5]. Daarnaast tonen studies aan dat het percentage van fysiek actieve mensen sterk daalt met de leeftijd.[5] Dit is een grote uitdaging voor de gezondheidssector. Het is met name in deze oudere populatie van 75-plussers dat het meeste korte termijn voordeel kan worden behaald met bewegingspromotie. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen *fysieke inactiviteit* en *sedentarisme* zoals we boven tussen haakjes aangaven. De definitie van sedentarisme een langdurig, ononderbroken laag energieverbruik, gedefinieerd als "gedrag in een zittende of liggende houding (in niet-slapende toestand), gekenmerkt door een energieverbruik ≤ 1,5 MET's.[6]

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de gezondheidsvoordelen geassocieerd met regelmatige fysieke activiteit, toch lijken bewijzen omtrent de meest efficiëntste vorm van bewegingspromotie nog beperkt.

Wij hopen met onze masterthesis een voorzet te geven om het fysieke inactiviteit en sedentarisme te bestrijden gezien wij geloven dat wij als huisarts hierin een voortrekkende rol kunnen spelen. Het feit dat wij zelf sportief zijn ingesteld, speelt natuurlijk ook een rol in de keuze van ons onderwerp.

1. Literatuuronderzoek

1.1. Doel

Een oriënterend literatuuronderzoek diende om een beeld te vormen over de huidige kennis van zaken en de reeds beschreven barrières en facilitatoren in kaart te brengen. Dit deden wij in de vorm van een narratieve review. Deze informatie wordt gebruikt om het kwalitatief onderzoek baseren, het tweede deel van ons project, te voeden.

1.2. Methodologie

We voerden een literatuuronderzoek uit tussen juli en september 2019 op PubMed met behulp van MeSH termen, opgelijst in de onderstaande tabel. (Tabel 1) Dit leverde ons 958 artikels op. Vervolgens zochten we artikels gepubliceerd in het Engels en Nederlands sinds 1990. Dit leverde ons 898 artikels op. Daarna werd er gefilterd op 'meta-analysis', 'systematic reviews' en 'reviews'. Dit leverde uiteindelijk 113 artikels op. Bijkomend werd ook gezocht via 'similar articles'. Twee onderzoekers screenden onafhankelijk de bekomen artikels op basis van titel en abstract.

Tabel 1. MeSH termen

"Primary Health Care"[Mesh]	OR	"General Practice"[Mesh])				
AND						
"Exercise"[Mesh]	OR	"Sports"[Mesh]	OR	"Sedentary Behaviour"[Mesh]	OR	"Motor Activity"[Mesh]
AND						
"Counseling"[Mesh]	OR	"Health Promotion"[Mesh]				

1.3. Resultaten literatuuronderzoek

Uiteindelijk werden er, na uitvoerige discussie, 6 systematische overzichtsartikels geselecteerd waarvan 2 over de beïnvloedende factoren bij huisartsen en 4 over de beïnvloedende factoren bij patiënten.

1.3.1. Beïnvloedende factoren bij huisartsen

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen bewegingspromotie als belangrijk beschouwen en zij dit zien als hun gedeelde taak. Doch heerst er enige onzekerheid binnen de huisartsengroep over de effectiviteit ervan.[8] De huisartsen worden echter door een pleiade van factoren beïnvloed bij het al dan niet uitvoeren van bewegingspromotie.

Hebert et al. schreven een systematisch overzichtsartikel over de percepties en attitudes van eerstelijnswerkers ten opzichte van bewegingspromotie en beschreven barrières en facilitatoren die in de praktijk te identificeren zijn.[8]

Ook Huig et al. schreven een systematisch overzichtsartikel specifiek over potentieel beïnvloedende factoren.[9]

Huig et al. deelden deze beïnvloedende factoren op in verschillende categorieën: karakteristieken van de interventie, de socio-politieke context, de organisatorische context, de patiënt en de huisarts.[10] We gebruikten deze onderverdeling om de facilitatoren en barrières van de twee studies samen te vatten. Dit werd door elke onderzoeker afzonderlijk gedaan. Waar er een verschil in onderverdeling bestond, werd er gediscussieerd en de mening van een derde onafhankelijke student-onderzoeker ingewonnen om tot een besluit te komen. (Tabel 2) De tegengestelden van barrières zijn vaak facilitatoren en vice versa.

Tabel 2. Lijst van factoren

CATEGORIE	**BARRIERE**	**FACILITATOR**
Interventie	Gebrek aan informatie over fysieke activiteit en de interventie (He, Hu)	Flexibiliteit van de interventie om aan te passen naar de noden van de patiënt/arts (Hu)
	Hoge kostprijs (Hu)	Toepasbaar binnen dagroutine (Hu)
	Administratief werk (Hu)	Onderdeel van preventieve geneeskunde in het algemeen (Hu)
	Beperkte toegang tot doelgroep (Hu)	Gebruik van de wachtzaal (Hu)
	Complexe organisatie van de interventie en vertaling naar de praktijk (He, Hu)	Evidence-based, bestudeerd, effectief, geobserveerde resultaten (Hu)

	Gebrek aan interventie materiaal, voor zowel als arts als patiënt bv een protocol, boek over bewegingspromotie, oplijsting van initiatieven, … (He, Hu)	Weinig tijdsintensief (Hu)
		Media-aandacht (Hu)
		Workshop (Hu)
		Gebruik maken van herinneringen (Hu)
		Assistentie – supervisie (Hu)
		Financiële voordelen / Adequate vergoeding (He, Hu)
Socio-politieke context	Curatieve medische cultuur (Hu)	Steun van politieke instanties, eerstelijns organisaties en professionals (Hu)
	Gebrek aan formele educatie over bewegingspromotie (He, Hu)	Sportfaciliteiten binnen de gemeenschap en netwerk met eerstelijnszorg (Hu)
	Gebrek resources / sponsoring voor onderzoek (He, Hu)	Seizoensgebonden: lente > zomer (Hu)
Organisatorische context	Top-down besliskunde binnen de organisatie (Hu)	Duidelijke rolomschrijving (Hu)
	Tijdsgebrek (He, Hu)	Gebruik van andere preventieve interventies bv. gewichtsreductie (Hu)
	Tekort aan personeel (Hu)	Steun van personeel van de organisatie (Hu)
		Lange consultatietijd (Hu)
Patiënt	Taalbarrière (Hu)	Jongere patiënt (Hu)

	Negatieve attitude t.o.v. preventieve geneeskunde (He, Hu)	Hoge socio-economische status (Hu)
	Geen vaste huisarts	Hoog inkomen (Hu)
	Fysieke handicap / slechte mentale gezondheid (Hu)	Hoog opleidingsniveau (Hu)
	Barrière van de patiënt voor fysieke activiteit bv drukke levensstijl (Hu)	Te werk gesteld (Hu)
	Verschillende visies arts en patiënt bv. medicatie versus levensstijlverandering (He, Hu)	Frequente consulteerder (Hu)
	Levensstijlveranderingen zijn een persoonlijke keuze (He)	Verzekerd (Hu)
		Nieuwe patiënt (Hu)
		Fysieke activiteit link met pathologie (He, Hu)
		Ondervinden van fysieke beperkingen / slechte fysieke gezondheid (Hu)
		Goede arts-patiënt relatie bv. kennis over leven van de patiënt (Hu)
Huisarts	**Indruk van gebrek aan motivatie / compliantie van patiënt (Hu)**	Positieve attitude t.o.v. effectiviteit van de interventie (He, Hu)
	Andere prioriteiten bv acute geneeskunde (He, Hu)	Motivatie en verantwoordelijkheidsgevoel voor bewegingspromotie (He, Hu)

	Angst voor het ondermijnen van arts-patiënt relatie (Hu)	Bewegingspromotie is routine / gewoonte (He, Hu)
	Onvoldoende bewijs over voordelen van fysieke activiteit (He)	Opgeleid voor bewegingspromotie (He, Hu)
	Gebrek aan succes met gedragsverandering (He)	Voorgaande successen met gedragsverandering (He, Hu)
	Veel bediscussieerde problemen tijdens consultatie (Hu)	Kennis over fysieke activiteit, recommandaties en interventies (Hu)
	Gebrek aan financiële voordelen / beloning (He, Hu)	Motivationele skills (Hu)
		Zelf sportief (He, Hu)

***meest frequent geciteerde barrières over de twee studies heen**
(He) = Hebert et al. / (He, Hu) = beiden / (Hu) = Huig et al.

De studie van Huig et al. identificeerde een zeer uitgebreid pallet factoren. De studie van Hebert et al. vermeldde toch nog 3 nieuwe barrières: gebrek aan voorgaand succes met gedragsverandering, onvoldoende bewijs over voordelen van fysieke activiteit, levensstijlveranderingen zijn een persoonlijke keuze (en dus is levensstijlbegeleiding ongepast).

We maakten een top 5 van meest geciteerde barrières vanuit het standpunt van de arts over de 2 systematische overzichtsartikels heen:
1. Tijdsgebrek (29 studies)
2. Indruk van gebrek aan motivatie / compliantie van de patiënt (14 studies)
3. Arts stelt andere prioriteiten in zijn praktijk (11 studies)
4. Gebrek aan formele educatie over bewegingspromotie (10 studies)
5. Gebrek aan interventie materiaal, voor zowel arts als patiënt (zoals duidelijke protocollen, handleidingen, …)(9 studies)

Wat de faciliterende factoren betreft, bleek dit helaas niet mogelijk omwille van onvoldoende duiding hierover in beide studies.

1.3.2. Beïnvloedende factoren bij patiënten

Gezien voor de optimalisatie van bewegingspromotie de belemmerende en bevorderende factoren van de patiënt zelf minstens even belangrijk zijn als de deze de

huisarts, hebben we een niet-limitatieve lijst opgesteld gebaseerd op 4 systematische reviews.[11-14] (Tabel 3)

Overlappende en overeenkomstige factoren tussen de verschillende studies hebben we samengebundeld onder één noemer. Dit werd door elke onderzoeker afzonderlijk gedaan. Waar er een verschil in onderverdeling bestond, werd er gediscussieerd en de mening van een derde onafhankelijke student-onderzoeker ingewonnen om tot een besluit te komen. De tegengestelden van barrières zijn vaak facilitatoren en vice versa.

Uit deze studies konden we concluderen dat voor optimaal gericht levensstijladvies men doelgroepspecifieke eigenschappen in rekening moet brengen zoals leeftijd, comorbiditeiten, etc. Verschillende interpersoonlijke, omgevingsgebonden en individuele factoren variëren gedurende de levensloop. Het is aan de arts om deze persoonlijke barrières op te vangen en de persoonlijke bevorderende factoren te versterken om gedragsverandering op gang te brengen bij elke individuele patiënt.

Uit deze studies kunnen we concluderen dat voor optimaal gericht levensstijladvies er rekening dient gehouden te worden met de patiëntgebonden eigenschappen zoals leeftijd, comorbiditeiten, etc. De verschillende interpersoonlijke, omgevingsgebonden en individuele factoren variëren gedurende de levensloop. Het is aan de arts om deze persoonlijke barrières op te vangen en de persoonlijke bevorderende factoren te versterken om gedragsverandering op gang te brengen bij elke individuele patiënt. Als algemene conclusie van dit onderdeel kan gesteld worden dat het promoten van lichamelijke activiteit op maat van de individuele patiënt moet gebeuren: het moet dus gepersonaliseerd zijn.

Tabel 3. Lijst van factoren

BARRIERE	**FACILITATOR**
Gebrek aan kennis over fysieke activiteit bv. wat is voldoende, gezondheidsvoordelen, ...	Kennis over de noodzaak van fysieke activiteit bv. gezondheidsvoordelen, ...
Gebrek vaardigheden en ervaring met fysieke activiteit	Perceptie van eigen kunnen: sportief aangelegd zijn, beter zelfbeeld door meer te sporten
Negatieve ervaring met fysieke activiteit	Positieve ervaringen met fysieke activiteit
Bepaalde medische voorgeschiedenis, klachten of fysieke beperkingen	Fysieke en mentale gezondheidsvoordelen bv. ziektepreventie, gewichtsverlies, stressmanagement, welzijn, ...

	Meer vitaliteit, flexibiliteit, mobiliteit en evenwicht, kracht, ...
Slecht zelfbeeld, gebrek aan zelfvertrouwen	Beter zelfbeeld kweken, meer zelfvertrouwen krijgen
Geen plezier beleven aan of niet graag fysiek actief zijn	Plezier beleven aan fysieke activiteit
Perceptie dat fysieke activiteit niet congruent is met een drukke levensstijl of al voldoende is ingebed in dagelijkse routine	Fysieke activiteit zien als “me time”
Subjectief te hoge leeftijd of als te oud bestempeld worden	Trots en gevoel iets bereikt te hebben na fysieke activiteit
Gebrek aan rolmodel	Goede rolmodellen: actieve familie, vrienden, …
Pijn, dyspneu, ... tijdens of na inspanning	Uitlokkende gebeurtenissen bv. myocardinfarct
Angst om fysiek actief te zijn bv. trauma, pijn, angst om te vallen, te overdoen	Angst om ziek te worden
Negatief denken over fysieke activiteit bv. fysieke belasting, tijdsverlies, nutteloos, niet van toepassing	Het inzien van het nut van actief zijn en het als noodzakelijk beschouwen
Gevoel van competitie, de druk om te presteren en de angst om te falen	Niet competitieve maar wel uitdagend activiteiten
Gebrek aan steun van gezondheidsmedewerkers	Positieve bekrachtiging door zorgverleners of anderen
Gebrek aan een partner of groep	Sociaal aspect bv. deel uitmaken van een groep, in groep sporten.
Fysieke activiteit zien als een ongemak en niet als een prioriteit	Fysieke activiteit als middel voor een ander doel bv. hond uit laten, spelen met de kinderen, etc.
Ongestructureerde of juist te formele fysieke activiteit regimes	Goed georganiseerde fysieke activiteiten: bv sporten in groepsverband, duidelijke instructies, …

Omgevingsfactoren bv. veiligheid, weer, infrastructuur ...	Gunstige omgevingsfactoren bv. veilige en aantrekkelijke omgeving, goed weer, ...
Gebrek aan motivatie om fysiek actief te zijn	Motivatie
Kosten en betaalbaarheid van fysieke activiteit	Lage kostprijs
Gebrek aan interesse	Nieuwe ervaringen en vaardigheden opdoen
Problemen met bereikbaarheid en toegankelijkheid	Om onafhankelijk te blijven op latere leeftijd
Tijdsgebrek door andere obligaties zoals werk, familie, huishouden, ...	Sociale norm
Culturele barrière	Muziek
Gebrek aan steun, slechte invloed of ontmoedigende invloed van familie en vrienden bv overbezorgde familieleden bij ouderen, sociale isolatie, ...	Doelmatige fysieke activiteit bv verbeteren welzijn, ziekte overwinnen, meer energie krijgen angstvermindering
Vermoeidheid of geen energie hebben	Grote diversiteit aan sportmogelijkheden
Gebrek aan motivatie	Motivationeel interview door zorgverleners, media, ...
Schaamte	Schuldgevoel indien niet fysiek actief
Luiheid	Wilskracht
Verandering van gewoontes, volhouden van gewoontes	Deel van dagdagelijkse routine
Gebrek aan goed tijdsmanagement	Goede timemanagement
Zelfopoffering om anderen te helpen bv. schuldgevoel bij fysieke activiteit voor zichzelf	Te veel aan energie kwijt geraken
Gebrek aan positivisme	Progressie merken in conditie
Te veel motiveren – werkt vaak net in omgekeerde richting (pushen)	Sociale voordelen bv nieuwe vrienden.

Invloed van familie en vrienden: inactieve sociale kring, geen aanmoediging, negatieve reacties	Sociale steun familie en vrienden: samen sporten, financiële hulp, vervoer naar sportactiviteiten, toeschouwer bij het sporten, steun bij sporten, hoge verwachtingen van steunfiguren
Invloed van zorgverleners: te competitief, ontevreden, te intensief, geen aanmoediging of ontmoediging, gebrek aan autonomie, gebrek aan supervisie, oneerlijkheid, te weinig informatie	Invloed van zorgverleners: advies krijgen betreffende fysieke activiteit, motivationele i nterventies, positieve bekrachtiging, goede relatie met zorgverlener
Grote levensveranderingen: Bv. Overstap lagere school à middelbaar: meer werk voor school, gebrek aan motivatie en energie, minder mogelijkheden voor PA, meer competitie, sociale contacten belangrijker dan PA, invloed van vrienden	Invloed van interventieprogramma: eigenschappen programma, geloof van patiënt, begeleiding door professionele instructeur, persoonlijke feedback, lage korstprijs, toegankelijk, ...
Geconditioneerd door sedentaire levensstijl	Langer onafhankelijkheid blijven
Perceptie dat fysieke activiteit te intensief is	Functioneren als rolmodel bv voor eigen kinderen, ...
Gebrek aan discipline	
Perceptie van vrouwelijkheid: niet cool, “tomboys”	

2. Overzicht van ondersteunende projecten op het terrein

Een tweede deel van ons onderzoek bestond erin om bestaande initiatieven van praktijkgerichte concepten om patiënten aan te zetten tot bewegen in kaart te brengen. Dit met het oog op het informatieve luik in de lokale kwaliteitsgroepen (LOK). Gezien onze interventie zich afspeelt in Limburg beperkten we ons tot deze provincie.

De laatste jaren zijn er een aantal praktijkbevorderende projecten ontwikkeld om de eerstelijnszorg te ondersteunen bij gezondheidspromotie. Deze projecten om fysieke activiteit te promoten, zoals ‘beweging op verwijzing’, hebben in verschillende landen reeds bewezen effectief te zijn.[15] Jammer genoeg verloopt de bewegingspromotie buiten studieverband nog niet naar behoren. Deze kloof tussen onderzoek en praktijk vermindert de impact van evidence-based interventies om de fysieke activiteit te verhogen op de bevolkingsgezondheid. Voor huisartsen is het belangrijk om een goed

beeld te hebben van de initiatieven die hen ten dienste staan bij het aanbevelen van fysieke activiteit.

Het eerste - en voor onze masterthesis ook voornaamste - initiatief is “Bewegen op verwijzing” (BOV). Dit is een initiatief van de Vlaamse overheid dat mensen wilt motiveren tot bewegen en sedentair gedrag in de populatie probeert te beperken. Het concept is dat de huisarts patiënten doorverwijst naar een bewegingscoach van BOV in zijn regio. Deze bewegingscoach zal een op maat gemaakt programma maken voor de individuele patiënt en hem begeleiden in zijn traject. Op de website www.gezondleven.be vindt de huisarts alle informatie hierover om de patiënt te implementeren in dit programma.

Een tweede goed voorbeeld vonden we in het LOGO Limburg: ook een initiatief van de Vlaamse overheid voor een preventief gezondheidsbeleid. Zij zijn actief op verschillende preventiedomeinen (zelfdoding, beweging, roken, alcoholconsumptie, …). Zij hebben verschillende projecten om de bevolking aan het bewegen te krijgen en gezond en evenwichtig te laten eten (10.000 stappen, liever actiever, etc.) en hebben daarvoor ondersteunend materiaal gemaakt (brochures, …) en lokale initiatieven genomen.

Ten derde is er het LMWNK: Lokaal Multidisciplinair Netwerk West-Limburg en het Klaverblad. Zij hebben als doel de chronische zorg te verbeteren door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt te ondersteunen en hun multidisciplinaire samenwerking te bevorderen. In het kader van bewegingspromotie hebben ze een pilootproject voor obesitas patiënten; een multidisciplinair team helpt hen meer bewegen, een gezonde eetpatroon ontwikkelen, … Dit team omvat diëtisten, endocrinologen, huisartsen, bewegingscoaches, kinesisten, verpleegkundigen. Ook chirurgen maken hier deel van uit zodat deze ook chirurgisch kunnen ingrijpen indien nodig.

Tot slot halen we nog kort een regionaal initiatief aan waar bewegen een belangrijk aspect in vormt: het obesitascentrum van Hasselt, een initiatief van het Virga Jessa Ziekenhuis. Zij gaan net zoals in het project van LMNWK voor een multidisciplinair benadering met kinesisten, chirurgen, diëtisten, internisten (endocrinoloog), beweegcoaches, … Dit initiatief zal per patiënt een optimale behandeling voor het overgewicht voorstellen met bewegen als belangrijk onderdeel. Dit steeds in overleg met de huisarts.

3. Focusgroeponderzoek

3.1. Inleiding

Tot op heden is het onderzoek naar de meningen en ervaringen van de huisarts zelf, in het motiveren tot meer bewegen van zijn patiënten, maar schaars. Meestal ligt de focus in gelijkaardige onderzoeken op de patiënt zelf. De patiënt speelt inderdaad een centrale rol, doch is het de huisarts die een pivoterende functie op zich dient te nemen om aan gezondheidspromotie te doen. Ondanks de veelbelovende resultaten uit onderzoek naar de effecten van bewegingspromotie binnen de eerstelijnszorg gebeurt de vertaling in de praktijk helemaal nog niet zoals gewenst.[7] Om dit te begrijpen hebben wij geprobeerd om de barrières (hordes) en facilitatoren (springplanken) die artsen de dag van vandaag hierbij ervaren in kaart te brengen aan de hand van een verklarend explorerend kwalitatief focusgroeponderzoek. Door middel van de dynamiek tijdens semigestructureerde interviews hoopten wij met tegengestelde meningen tot een ruimer assortiment aan ideeën en overtuigingen te komen. Volgend op onze bevindingen hebben wij getracht om enkele adviezen en aanbevelingen te genereren om deze barrières te overwinnen en op de facilitatoren in te spelen.

3.2. Onderzoeksmethodologie

3.2.1. Onderzoeksopzet

Dit exploratief en kwalitatief focusgroeponderzoek beoogde als doel een antwoord te geven op de volgende vraag: “Welke drempels en faciliterende factoren ervaren huisartsen bij bewegingspromotie?”. Via semigestructureerde interviews werd er gepeild naar de opinies en de ervaringen van huisartsen. We gebruikten de informatie die we bekwamen uit ons literatuuronderzoek om het gesprek te structureren.

3.2.2. Selectie van deelnemers

In totaal werden 2 focusgroepen georganiseerd tijdens LOK-bijeenkomsten in de HAIO-regio’s van de 2 studentonderzoekers op 28/11/2019 te Herk-de-Stad en op 11/12/2019 te Beringen. Door deze interviews af te nemen op LOK-bijeenkomsten waren alle geselecteerde deelnemers gevestigde huisartsen die werken in onze HAIO-regio. Er werden geen bijkomende interviews afgenomen omwille van gegevenssaturatie en organisatorische redenen. Wij verstuurden, met als tussenpersoon de organisator van de LOK-bijeenkomsten, een e-mail (Bijlage 1) naar de leden van de LOK-groep met een formele uitnodiging en zorgvuldige informatiebrief over de doelstelling en werkwijze van ons onderzoek. De eerste groep bevatte 15 artsen en de tweede groep bevatte 11 artsen met een totale populatiegrootte van 26 huisartsen. Zij gaven op voorhand hun toestemming door het tekenen van een informed consent (Bijlage 2).

3.2.3. Dataverzameling

De aanwezigen werden anoniem opgelijst en volgende kenmerken van hen werden geïnventariseerd: geslacht, leeftijd, praktijkvorm, sportief of niet. Daarnaast werd voorafgaand aan het interview ook reeds gepeild naar de voor hun 3 belangrijkste barrières of belemmerende factoren. Tijdens de focusgroepen werd gebruikt gemaakt van een op voorhand opgesteld vragenprotocol met open en minder open vragen. Dit vragenprotocol werd opgesteld door de studentonderzoekers en niet op voorhand uitgetest. De vragen waren gebaseerd op het voorafgaande literatuuronderzoek. Tijdens het interview werd getracht niet te suggestieve vragen te stellen. Het opgestelde vragenprotocol was niet rigide en kon worden aangepast afhankelijk van de groepsdynamiek. Tijdens het tweede focusgroep gesprek werden elementen uit het eerste gesprek getoetst. De 2 studentonderzoekers functioneerden als moderatoren van het interview. Zij gingen flexibel om met de vragen en vroegen door waar nodig. Kernwoorden werden opgeschreven op een flipbord om het overzicht te bewaren.

De focusgroep bestond uit 4 delen. Voorafgaand aan de eigenlijke interviews gaven wij een korte inleidende presentatie over fysieke activiteit en sedentarisme. Nadien werd de groep verdeeld in 2 subgroepen, waarbij groep 1 discussieerde over de barrières en groep 2 discussieerde over de bevorderende factoren. Vervolgens werden beide groepen terug herenigd en gingen ze samen discussie over de beïnvloedende factoren. Ten slotte werden de richtlijnen van fysieke activiteit overlopen werden de hoger beschreven geïnventariseerde bestaande mogelijkheden besproken. Dit laatste gebeurde in samenwerking met iemand van het initiatief “Beweging op Verwijzing”. De focusgroepen duurden elk ongeveer 2 uur.

3.2.4. Dataverwerking en -analyse

Deze LOK-bijeenkomsten legden wij vast met opnameapparatuur. Deze data werd daarna verbatim getranscribeerd, gesynthetiseerd en gecodeerd door onszelf. Alle data werden tijdens ons project met confidentialiteit behandeld en alle stappen gebeurden door de 2 studentonderzoekers onafhankelijk. Alle gegevens over de deelnemers die kon leiden tot identificatie werden verwijderd uit de transcripten.

We gebruikten een aangepaste versie van de thematische subcategorieën uit de studie van Huig et al., in samenspraak met onze promotor. De subcategorieën ‘interventie’, ‘de socio-politieke context’, en ‘de organisatorische context’ werden samengevoegd tot de categorie ‘overkoepelende factoren’, naast de behouden ‘patiëntgebonden factoren’ en ‘huisartsgebonden factoren’. De termen ‘patiëntgebonden’ en ‘huisartsgebonden’ spreken voor zich. De term ‘overkoepelend’ omvat dus educatieve, organisatorische, sociaalpolitieke, … aspecten. De gecodeerde data werd onderverdeeld in een tabel op basis van deze subcategorieën. Nadien werden deze geanalyseerd, bediscussieerd en werden hieruit adviezen geformuleerd.

Tijdens al deze stappen richtte Marie Meuwis zich meer op de faciliterende factoren en Vincent Jacobs zich meer op de belemmerende factoren.

3.2.5. Ethische aspecten

Dit onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Onderwijs-Begeleidingscommissie (OBC) voor medische ethiek van de katholieke universiteit Leuven (KUL) in maart 2019 (Bijlagen 4).

3.3. Resultaten

3.3.1. Populatiekarakteristieken

Focusgroep 1 kon rekenen op input van 15 huisartsen. Hierbij waren er 6 mannen en 9 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 43,67 jaar. 11 op 15 van de artsen beschouwden zichzelf als sportief. 14 zijn werkzaam in een groepspraktijk, 1 arts werkt als solist. Er waren geen weigeringen voor deelname aan het focus-interview.

Focusgroep 2 had in totaal 11 deelnemende huisartsen. Hiervan waren er 2 mannen en 9 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 54,6 jaar. 6 op 11 artsen noemde zichzelf sportief. 8 werkten in een groepspraktijk, de overige 3 werkten als solisten. Er waren geen weigeringen van deelname aan het focus-interview.

	Groep 1 (n=15)	**Groep 2 (n=11)**
Geslacht		
Man	*6*	2
Vrouw	*9*	9
Leeftijd		
29-39	7	4
40-49	3	3
50-59	3	1
> 60	2	3
Praktijkvorm		
Solo-praktijk	1	3
Groepspraktijk	14	8

Sportief		
Ja	11	6
Nee	4	5
Antwoord op de schriftelijke vraag: "Doet u aan bewegingspromotie?"		
Ja	11	10
Nee	4	1

De meeste artsen zagen bewegingspromotie als hun taak maar op welke manier die rol dient te worden ingekleurd daar waren uiteenlopende meningen over. Dit kon gaan van het louter navragen tot verregaande adviezen. Doch de meesten waren van oordeel dat dit best uit handen kan gegeven worden.

Degenen die aan bewegingspromotie doen gaven de volgende antwoorden op de vraag op welke wijze ze dit doen (aantal keer dat een bepaald antwoord terugkwam):

- Algemeen kort advies over wandelen, fietsen, zwemmen of andere sport (9)
- Kort advies over beweging in dagdagelijkse leven bv. fiets, trap, …
- Initiatief 'beweging op verwijzing' (2)
- Oefeningen thuis aanbevelen
- Opstellen trainingsschema
- Gebruik van stappenteller
- Patiëntgerichte doelstellingen
- Opsommen van voordelen van beweging
- Motiveren om 3 minuten per dag te bewegen "tot de wangen blozen"
- Verwijzing kinesitherapie (3)
- Verwijzing fitnesscentrum
- Actief voordoen hoe men moet stretchen
- Actieve bevraging bij verschillende gezondheidsproblemen en advies zo nodig

3.3.2. Vermelde barrières

SUBCATEGORIE	**BARRIÈRE**
Overkoepelend	
	Advies niet als nuttig gezien, m.a.w. geen impact op gedrag van patiënt
	Huisarts is niet juiste setting voor bewegingspromotie

	Gebrek kennis over sport- en bewegingsmogelijkheden in de omgeving (4)
	Moeilijk om concreet advies te geven
	Gebrek aan motivationele gespreksvaardigheden
	Moeilijke opvolging van beweging
	Gebrek aan duidelijke hulpmiddelen bv. protocollen, …
	Gebrek aan initiatieven en mogelijkheden in de buurt
	Gebrek aan adequate educatie over bewegingspromotie
Huisartsgebonden	
	Inmenging in privésfeer van de patiënt
	Tijdsgebrek (20)
	Gebrek aan financiële voordelen / beloning
	Gebrek aan succes met motiveren
	Demotiverend onderwerp a.g.v. negatieve attitude van de patiënt (4)
	Geen prioriteit voor de arts
	Niet binnen interessegebied
	Weinig positieve feedback van patiënten
	Zelf niet sportief of obees zijn
	Angst voor schade aan patiënt bv. ongeval, blessure, overbelasting
Patiëntgebonden	
	Slechte gezondheid of beperking bv. obesitas, artrose, cardiaal (6)

	Luiheid en gebrek aan motivatie (6)
	Tijdsgebrek
	Financiële kosten
	Geen prioriteit voor de patiënt
	Geen aanknopingspunt bv. pathologie, …
	Niet sportief
	Gebrek aan compliantie
	Leeftijd (jong als oud)
	Sociale armoede
	Onrealistische doelstellingen
	Prestatiedrang m.a.g. overbelasting
	Negatief zelfbeeld
	Andere etnische groepen

*** 5 meest frequent geciteerde factoren (aantal keer)**

Het antwoord dat ruimschoots het meest wordt vernoemd als voornaamste barrière is tijdsgebrek tijdens de consultatie, dit zowel voor het adviseren zelf als de opvolging. Voor arts en patiënt blijkt het zelden de prioriteit binnen een consultatie.

"Het is jagen van 's morgens tot 's avonds en hiervoor nog extra tijd uittreken dat gaat gewoon niet. Dan moet een andere patiënt inboeten voor iets acuut."

"Ik denk er gewoon vaak niet eens aan."

Ook het kostenplaatje, voor arts als patiënt, kwam regelmatig ter sprake.

"Patiënten geven vaak het antwoord dat het te veel geld kost, hoewel er ook dingen zijn die geen geld kosten, maar het blijkt een drempel te zijn."

"Kijk naar het speciale nomenclatuurnummer dat we kregen voor rookstopadvies, niemand deed dat eigenlijk omdat het te veel tijd in beslag nam om dat in een routine consultatie te doen."

Sommigen stellen dat bepaalde gezondheidsfactoren ook een barrière kunnen vormen. Voornamelijk musculoskeletale en cardiale problematiek stonden op de voorgrond. Het werd niet gezien als een uitsluiter maar het belang van monitoring en opvolging kwam hier wel aanbod.

"Als de patiënt uitgesproken artrose heeft of cardiaal belast is kunnen ze niet altijd veel inspanning doen of zullen ze sneller pijn ervaren, hen stuur ik vaker naar de kinesist."

Indien de artsen meer vanuit hun patiënten gingen denken kwamen nog een aantal bijkomende barrières naar boven, met in het bijzonder patiënten die te hoge doelstellingen stellen, patiënten die schade oplopen door het sporten of te competitief zijn ingesteld. Daarnaast ook oudere leeftijd, comorbiditeiten, slechte compliantie, laag zelfbeeld en sociale armoede. Over geslacht bestond veel discussie en kwam geen eenduidig besluit.

"Ik heb al enkele doden in mijn praktijk gehad door te sporten."

"Hoeveel mensen houden het vol. Ze gaan revalideren in de rugschool of na een hartinfarct, maar als dit voorbij is zijn er weinig die dat zelfstandig kunnen verderzetten."

"Eén van de problemen is dat mensen soms beginnen overdrijven, dan willen ze plots de Ventoux beklimmen, een marathon lopen of gaan koersen. Voornamelijk mannen leggen de lat rap iets te hoog."

Er heerst een zekere schrik om de arts-patiëntrelatie op het spel te zetten, doch andere trekken zich hier niets van aan.

"Niet iedereen is er mee gediend als je iets van beweging aanreikt en je inmengt in de privésfeer van de patiënt."

"Ik zal mensen vaak op de weegschaal zetten, maar dat wordt eigenlijk niet geapprecieerd."

Enkele artsen lieten zich ook tegenhouden door de, vermoedelijke, demotivatie van de patiënt. Maar al te vaak wordt hiervan op voorhand uitgegaan zonder het zelfs aan te halen. De artsen gaan op verschillende manieren om met deze weerstand: sommigen geven snel op en andere proberen patiënten uit het kot te lokken en hun weerstand te bevragen.

"Ge moet er heel veel motiveren om er een paar gemotiveerd te krijgen. Mensen hebben altijd wel een excuus: geen tijd, geen goesting, het regent, pijn, ..."

"Bij sommige mensen weet ge dat het totaal geen nut heeft, en begin ik er zelfs niet aan. Een Turkse man van 70 jaar die nauwelijks voorruit ga ik niet zeggen om te joggen."

Sommige artsen hadden ronduit een pessimistische kijken.

"Degenen die willen bewegen, bewegen al. Degenen die niet willen bewegen krijg je niet in gang."

"Eens ge te dik zijt, te lui zijt of te oud zijt kunt ge niet meer bewegen, dat is onmogelijk. Eens voorbij een zekere drempel is dat eigenlijk tijdsverlies.

De eigen levensstijl van de arts bleek ook belangrijk, voornamelijk wat betreft gewicht en eigen sportiviteit

"Het is moeilijk mensen te motiveren tot beweging als je zelf obees bent, kijk bv. naar onze minister van volksgezondheid."

Opmerkelijk was dat elke arts afzonderlijk aangaf dat zij nooit opleiding rond bewegingspromotie konden genieten, enkel zeer oppervlakkige adviezen zoals meer bewegen bij cardiovasculaire preventie kwamen aanbod. Ook de scholing rond motivationele gespreksvoering bleek pover te zijn. Enkel één jongere artsen had dit in haar opleiding gehad.

De meeste artsen hadden geen kennis over bestaande initiatieven om hen bij te staan of over hulpmiddelen voor bewegingspromotie.

3.3.3. Vermelde facilitatoren

SUBCATEGORIE	**FACILITATOR**
Overkoepelend	
	- **Reclame op tv of initiatieven zoals "Start to Run", "10 miles", "Warmathon", ...** (5)
	- **Smartwatches, stappentellers, apps** (6)

	- Sporten in groep
	- Activiteiten georganiseerd door de gemeenschap, laagdrempelig
	- Veilig sporten
	- Weinig materiaal nodig
	- **Goedkoop** (13)
	  o Sporten kan goedkoop zijn, wandelen kost niets, lopen, etc.
	  o Goedkope alternatieven in de gemeenschap organiseren
	  o Kinesist kost geld (ondanks terugbetaling)
	- Persoonlijke begeleiding

	- Meer bijscholing over bewegingspromotie - Betere kennis van de bestaande initiatieven - Brochures met opties - Sites om naar te verwijzen - Duidelijk stappenplan om patiënten door te verwijzen m.a.w.

	duidelijke verwijzingsmogelijkheden
Huisartsgebonden	
	In het kader van een preventief consult is er wel voldoende tijd
	Nieuwe patiënten
	Financiële beloning
	Zelf sportief zijn = voorbeeldfunctie
	- Positieve ervaring bij andere patiënten - Zelf positieve effecten ondervinden van bewegen
Patiëntgebonden	
	- Motivatie kan op alle leeftijden, maar de aard verschilt - Jongere patiënten soms makkelijker door minder fysieke beperkingen - Ouderen: meer tijd
	- Groepsdruk, druk om erbij te horen
	- Mannen zijn vaak makkelijker te motiveren - Vrouwen moeilijker: veel huishoudelijke taken die ze vaak al als genoeg beweging beschouwen + ze hebben minder tijd
	- Gemotiveerde patiënt - Patiënt met bv. cardiovasculaire ziekten, diabetes, rugklachten die recidief willen vermijden - Minder pijn door meer te bewegen - Patiënten met goed ziekte-inzicht en de gezondheidsvoordelen van bewegen inzien (bv. daling cardiovasculaire risico) - Meer energie
	- Mensen die het financieel goed hebben zijn soms makkelijker te motiveren (bv. fitness abonnement, personal training etc.)

	- Mensen met hogere opleiding hebben vaak meer ziekte-inzicht en zien de voordelen van beweging
	- **Bij patiënten met bepaalde pathologieën sneller overgaan tot bewegingspromotie, bv. diabetes mellitus, rugklachten, psychologische problematiek, cardiovasculaire aandoeningen** (7)
	- Gewichtsverlies als doel - Fitter zijn, conditie opbouwen - Betere mentale toestand
	- **Positieve ervaringen in het verleden** (6) - Vernemen van positieve ervaringen bij anderen
	- Motivatie door vrienden & familie

*** 5 meest frequent geciteerde factoren (aantal keer)**

In tegenstelling tot hun antwoorden op de schriftelijke vraag, viel tijdens de discussie op dat de meeste artsen niet aan bewegingspromotie deden. De richtlijnen omtrent hoeveelheid van beweging waren vaag gekend, maar exacte cijfers konden niet gegeven worden. We kunnen dus wel stellen dat belangrijk is om bewegingspromotie een onderdeel van het curriculum van nieuwe artsen in opleiding te maken.

Meer met betrekking op faciliterende factoren zagen we dat eigen ervaringen van de arts zeker een rol spelen. De artsen die in het verleden al positieve resultaten boekten met bijvoorbeeld bewegen op verwijzing of andere vormen van bewegingspromotie zijn eerder geneigd dit opnieuw te doen. Ook het zelf ondervinden van de positieve effecten van beweging zorgt ervoor dat ze dit vlugger gaan promoten bij hun patiënten, eventueel met voorbeelden uit hun eigen leven aan te halen.

> *"Ik zeg vaak ook tegen mijn patiënten: mijn moeder wandelt elke dag en als zij dat kan, kan jij dat toch ook? "*
>
> *"Ik durf al wel eens het argument gebruiken als iemand zegt dat hij geen tijd heeft om te sporten: kijk ik ben huisarts, ik heb ook geen tijd maar ik sport wel. Dat helpt, want meestal weten ze dan niet wat antwoorden"*
>
> *"In onze praktijk is de collega super sportief, als in marathons en triatlons lopen, dus wij hebben ook heel veel sportieve patiënten."*

Er werd ook een link gelegd tussen populatiekarakteristieken, leeftijd, en geslacht (zie tabel). Sportieve artsen zouden ook vlugger aan bewegingspromotie doen gezien hun

voorbeeldfunctie. Een goed voorbeeld hiervan is één van die huisartsen die aanhaalde haar huisbezoeken met de fiets te doen:

> *"Patiënten zien mij elke dag op de fiets mijn huisbezoeken doen en zeggen hier frequent iets over. Dit maakt dat ze argumenten om aan beweging te doen vlugger aannemen van mij."*

Deze voorbeeldfunctie wordt door een andere arts dan weer tegengesproken:

> *"Ik sport niet, maar ik promoot beweging wel bij mijn patiënten".*

Leeftijd zou volgens verschillende artsen geen rol spelen in bewegingspromotie. Anderen beweren dan weer dat jongere patiënten makkelijker te motiveren zijn gezien zij minder fysieke beperkingen hebben.

> *"Ik denk dat je bij jonge mensen ook meer mogelijkheden hebt, dat die makkelijker iets vinden dat ze graag doen. Bij oudere mensen ben je al wat meer beperkt."*

> *"Een jonge gast kan je naar de fitness sturen, maar bij iemand van 50 is die drempel al wat hoger."*

Een andere arts vermeldt dan weer dat sommige ouderen makkelijker te motiveren zijn omdat zij meer tijd hebben.

De sociale klasse van de patiënt speelt ook een rol. Meer bepaald de financiële toestand van patiënten, alsook hun opleidingsniveau (zie tabel). Hoger opgeleide patiënten zouden vaak meer de voordelen van beweging zien en de positieve effecten op je gezondheid. Familie en vrienden zouden ook een rol spelen bij het motiveren van patiënten: Zo is samen sporten vaak ook een faciliterende factor. Al kan dit volgens sommige artsen natuurlijk vaak ook een negatieve impact hebben: bijvoorbeeld als de patiënt zelf wel wilt bewegen, maar tegenwind krijgt van familie of als deze zeer demotiverend werken.

> *"Goedkope sportalternatieven aanbieden helpt wel voor een bepaald deel van de bevolking."*

Het zelfbeeld van de patiënt speelt vaak ook een belangrijke rol: als zij hier veel belang aan hechten zal dit drempelverlagend werken. Dit omdat gewichtsreductie, opbouwen van een betere conditie en verbetering van de mentale toestand gezien worden als graag te behalen doelen. Ook positieve ervaringen uit het verleden of het vernemen van positieve ervaringen bij vrienden of familie werken motiverend.

Een volgend argument dat helpt bij bewegingspromotie is gewichtsverlies. Een groot percentage van onze bevolking lijdt aan overgewicht en dit is voor veel mensen wel een motivatie om te gaan bewegen. Als het doel gewichtsverlies is, en dus ook een beter uiterlijk voorkomen, krijgen we sommige mensen wel gemotiveerd tot bewegen. Media zou hier ook een rol in spelen: veel reclame over "Start to Run", "Warmathon", "10

miles", etc. Volgens sommige artsen is er hierdoor ook een bepaalde 'druk' om erbij te horen: "Iedereen wilt tegenwoordig een marathon lopen, gewoon om erbij te horen". Al spreekt dit natuurlijk niet de gehele populatie aan: "Je treft hiermee een bepaald doelpubliek dat vaak al sportief is, maar de mensen die echt niet bewegen en dus het meeste baat zouden hebben bij beweging bereiken we hier niet mee". De media heeft dus wel een invloed en kan faciliterend werken bij bewegingspromotie, maar het treft waarschijnlijk niet alle populaties.

Slechts één van alle aanwezige artsen gebruikte beweging op verwijzing, de anderen niet. Die arts in kwestie werkt zelf in een sportpraktijk en gaf aan dat zij dus ook vooral sportieve patiënten hebben. Zij gaf aan dat het inderdaad wel helpt als je zelf sportief bent om patiënten te motiveren tot bewegen. Ze gebruiken soms ook voorbeelden uit eigen leven (bv. Aanhalen dat moeder goed wandelt en actief is etc.).

> *"Het zijn vooral 60-plussers die in het project bewegen op verwijzing zitten omdat dit vaak degene zijn die de weg naar de sportschool niet vinden."*

Ouderen zijn vaak moeilijker te motiveren omwille van polypathologie etc. Jongeren hebben nog veel meer opties om te gaan sporten.

> *"Ouderen mensen hebben vaak meer hun idee-fixe dan jongere mensen, die hebben zoiets van 'mij kan je toch niet meer veranderen' ".*

> *"Jongere mensen sporten vaak sowieso al meer."*

Geslacht speelt volgens deze groep geen rol. Mannen zouden dan wel meer tijd hebben om in hobby's te steken dan vrouwen (o.w.v. het huishouden), iets dat in de vorige groepsdiscussie ook reeds naar boven kwam.

> *"Mannen steken meer tijd in hun eigen hobby's dan in de verplichtingen van het huishouden etc., ze hebben vaak meer tijd dan vrouwen om tijd te besteden aan sporten."*

Ook geven zij aan een verschil in etniciteit te zien bv. Turkse patiënten zijn volgens hun minder goed te motiveren. Vaak is dit te wijten aan een andere mentaliteit.

> *"Bij ons in de praktijk zijn er bijvoorbeeld veel Turkse patiënten en die zijn vaak vies van sporten, dat laat het verschil in mentaliteit weer zien."*

Zoals reeds in de vorige groep gezegd werd speelt opleiding ook een rol: als je van thuis uit actiever bent gaan die mensen ook vlugger in later leven sportief zijn. Sportieve ouders hebben vaak sportieve kinderen, obese ouders dan eerder obese kinderen.

> *"Familie is heel belangrijk in motivatie."*

In de vorige groep werd gezegd dat brochures niet zouden helpen, volgens deze groep zou dit wel helpen. Zij zouden het handig vinden moesten ze brochures hebben liggen op

hun bureau die ze konden tonen aan hun patiënten, of waar alles duidelijk op opgelijst staat zodat het zowel voor hun als voor de patiënt overzichtelijk en gemakkelijk is.

> *"Een brochure met alle mogelijkheden van in de streek zou goed zijn."*
>
> *"Als je een coach in de buurt hebt die de patiënt echt goed opvolgt en coacht zou dat wel positief zijn."*

De media heeft net zoals aangehaald in de vorige groep wel een faciliterende rol in motiveren tot bewegen. Bijvoorbeeld de "Warmathon", "10.000 stappen", etc. Nadeel is wel dat dit volgens hun wel maar een bepaalde doelgroep treft. "Start to Run" zou volgens hun ook een goede impact gehad hebben. Ze hebben dit veel horen vallen bij hun patiënten.

Als je goed kan aantonen dat bewegen helpt dan is dat goede motivatie.

4. Discussie

4.1. Oplossingen en implicaties voor de praktijk

Als we onze eigen onderzoeksresultaten vergelijken met de resultaten uit het literatuuronderzoek dan stellen we vast dat deze vaak gelijklopend zijn. We vonden toch enkele interessante bijkomende factoren. Wat betreft de barrières gaf men aan dat men bezorgd was voor een mogelijks overdreven prestatiedrang bij sommige patiënten, hier komen we later op terug. Wat betreft de facilitatoren vielen er drie nieuwe factoren te bemerken: de zogenaamde groepsdruk, het gebruik van nieuwe technologieën en het adviseren van activiteiten die weinig materiaal vergen. Ook hier komen we later op terug.

We merkten grote eensgezindheid over het feit dat beweging zeer veel voordelen heeft en dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen bij bewegingspromotie, enkel het omzetten in de praktijk blijkt zeer uitdagend. De voornaamste barrière die werd vermeld door de deelnemende huisartsen was tijdsgebrek. Gezondheidspromotie vraagt een andere aanpak dan het typische 'medisch model' dat vroeger vooral curatief georiënteerd was. Doch gezien het veranderende eerstelijnslandschap vindt er nu al een shift plaats van acute naar chronische en preventieve zorg. Voor deze tijdsnood zijn 2 grote oplossingen mogelijk: of je creëert tijd of je besteedt het uit. Uit de interviews viel op te maken dat men dit over het algemeen liefst uit handen zou willen geven waardoor een volle wachtzaal geen excuus meer wordt. Voor degelijke uitleg over gezond leven is tijd nodig. Dit krijg je niet gedaan in één consultatie. Een Amerikaanse studie toonde aan dat huisartsen 4,4 uur per dag zouden moeten spenderen aan preventieve geneeskunde om aan alle doelstellingen van de 'US Preventive Services Task Force' te voldoen.[16] Dit is een tijdsbesteding die niet haalbaar lijkt binnen de huidige werking van de eerstelijnszorg. Bijkomende ondersteuning in een praktijk werd dus meermaals voorgesteld als oplossing. In de reguliere praktijk verwezen al meerdere artsen

patiënten door naar een kinesitherapeut om een individueel programma op te stellen. Een andere nieuwe trend zijn verpleegkundigen die preventieve gezondheidsadviezen geven. Zelfs een aparte preventie-arts-opleiding werd voorgesteld. Deze preventie-arts kan dan bijvoorbeeld maandelijks langs komen in enkele praktijken en o.b.v. screening of case-finding te werk gaan. Een volledig andere denkwijze is om meer tijd te creëren voor preventieve geneeskunde door bijvoorbeeld kortdurende arbeidsongeschiktheden zo te organiseren dat deze personen niet meer via de huisarts dienen te komen. Meer onderzoek is nodig om uit te wijzen of dit inderdaad tijd zou vrij maken.

Een andere, reeds bestaande vorm van uitbesteding zijn initiatieven zoals 'Beweging op Verwijzing'. De kennis over deze initiatieven bleek in onze regio's momenteel nog beperkt. Wanneer artsen een eenvoudig stappenplan zouden kunnen volgen om de door te verwijzen voor bewegingsadvies kan dit drempelverlagend werken. Deze gezondheidsmedewerkers beschikken over meer tijd en knowhow. Dit zou kunnen met behulp van bijscholingen of brochures volgens sommigen, doch andere zeiden dat ze reeds veel te veel brochures hadden. Elke regio zou een duidelijke lijst moeten hebben met initiatieven en sportfaciliteiten uit de buurt. Zo kan ook een verwijzing naar lokale sportclubs of natuurgebieden om te wandelen al een aanzet zijn. Ook de bestaande projecten met beweegcoaches zouden uitgebreid mogen worden gezien dit nu nog niet in elke regio beschikbaar is. Zelfs door de praktijk georganiseerde initiatieven zoals "Start-to-Run"-groepjes, gezondheidswandelingen bestaan en kunnen een krachtig signaal geven.

Een groot voordeel van hogergenoemde initiatieven is dat er dan een goede begeleiding en opvolging wordt voorzien waarvoor de artsen dan zelf niet meer hoeven in te staan. Patiënten hebben volgens de meeste artsen een motivator nodig. Iemand die hen bijvoorbeeld minstens 1 keer per maand spreekt en de bewegingsdoelstelling opvolgt. De huidige technologie kan ook zijn steentje bijdragen volgens de meeste artsen: stappentellers, online tools, smartwatches, bepaalde apps kunnen mensen vaak motiveren om net dat beetje meer te bewegen. Patiënten zijn dan vlugger geneigd hun eigen prestaties (of die van anderen) te overtreffen, daarbij komend worden ze er zo ook aan herinnerd te bewegen, te stappen, te staan, etc.

Vaak is de compliantie aan beweging groter indien het een sociaal gebeuren is. Dit kan bereikt worden door beroep te doen op hogergenoemde initiatieven. De meningen waren hierover wel verdeeld: sommigen stelden dat bepaalde mensen het niet aangenaam vinden als anderen hen zien zwoegen en zweten. Anderzijds kan de patiënt ook steun ervaren als men de familie of nauwe vriendenkring tracht te betrekken. Aanmoediging van familie en/of vrienden is voor veel mensen een goede motivator.

Er werd vastgesteld dat bewegingspromotie momenteel voornamelijk opportunistisch gebeurt naar gelang bepaalde gebeurtenissen. Bijvoorbeeld bij een nieuwe patiënt, na een bloedname, na een nieuwe diagnose van een ziekte of bij een acuut probleem. Doch ook bij de opvolging van cardiovasculaire ziekten / diabetes / rugklachten, etc.

Dergelijke pathologieën verlagen de drempel tot het navragen naar beweging en deze patiënten hebben ook vaak meer baat bij beweging. Wat opviel tijdens de interviews was dat het onderwerp bijna altijd wordt aangesneden bij psychische problemen zoals depressie en burn-out. Hierbij werd dan gesteld dat mensen met een depressie wel moeilijker te motiveren zijn dan mensen met een burn-out gezien het patiëntenprofiel. Echter zelden is dit het hoofdonderwerp van een preventieve consultatie. De huisartsen gaven wel duidelijk aan dat ze in kader van een psychologisch consult heel vaak beweging aanhaalden omdat ze dit nodig achten. Een goede fysieke toestand draagt bij aan het verbeteren van de mentale toestand waardoor dit door de meeste huisartsen als advies werd meegegeven in het kader van "gezonde geest in een gezond lichaam". De algemene vaststelling was dat bewegingspromotie dus niet gestructureerd en concreet genoeg gebeurde. Beter zou zijn om aan gestructureerde, systematische case-finding te doen. Zo werd voorgesteld om zeker éénmaal per jaar een volledige consultatie te wijden aan pure gezondheidspromotie, zoals er vroeger het GMD+ bestond. Hierbij worden dan gezondheidsrisicofactoren bevraagd zoals tabagisme, ethylisme maar ook sedentair gedrag. Ook werd de mogelijkheid voorgesteld van het invullen van een vragenlijst in de wachtzaal die dan kan worden besproken tijdens de consultatie. Een ander voorstel was om wachtzaalfilmpjes met educatieve boodschappen te tonen. Ook schriftelijke informatie in de vorm van patiëntenbrieven werd aangereikt als hulpmiddel voor gezondheidsadvies. Uit de interviews bleek dat er frequent foute percepties bestaan van patiënten over wat gezond is. De gezondheidsvoordelen dienen dus zeker besproken te worden. Er zou ook nadruk moeten worden gelegd op het welzijn van de patiënt, naast het fysieke curatieve en preventieve aspect van beweging. Fysieke activiteit heeft belangrijke psychosociale voordelen en ook deze moeten in het licht worden gesteld. Best wordt bewegingspromotie dus ingebed in een multidimensionale benadering van gezondheidspromotie waarbij zowel de gestructureerde fysieke activiteit (bv. elke vorm van sport) als de alledaagse fysieke activiteit (bv. wandelen naar het werk) afzonderlijk wordt bekeken.

Een mooi concept dat werd aangereikt tijdens één van de interviews was een maandelijks preventief onderwerp waar rond wordt gewerkt op praktijkniveau, om zowel patiënt als arts hierop attent te maken. Bijvoorbeeld in januari wordt er gewerkt rond screening voor dikkedarm kanker. Er worden dan allemaal affiches opgehangen in de praktijk en systematisch wordt dit aangehaald tijdens het consult. Andere mogelijke onderwerpen die werden voorgesteld waren PSA, vaccinaties, … en uiteraard beweging.

Het werd meermaals gesteld dat het onderwerp bewegingspromotie als onderdeel van het curriculum van de nieuwe artsen in opleiding geïncorporeerd dient te worden. Sommigen hadden nooit eerder enige bijscholing of informatiesessie hierover gehad. De richtlijnen over fysieke activiteit zijn slechts vaag gekend. Uit het interview werd duidelijk dat exacte cijfers niet gegeven konden worden. Een gemiddeld antwoord was 3 tot 4 keer per week, gedurende 30 minuten tot 1 uur. Tot nu toe gaven ze het aangeleerde advies 'Je moet meer bewegen.', zonder duidelijke specificaties. Ze gaven aan dat meer kennis over hoe correct aan bewegingspromotie te doen hun drempel

ertoe wel zou verlagen. Dit zou dan kunnen kaderen binnen een grotere lessenblok preventieve geneeskunde. Met levensstijlmaatregelen die op een correcte manier aan de man worden gebracht kunnen heel wat gezondheidsproblemen worden vermeden en zo ook een tal van bijdragen aan het reduceren van het medicijnengebruik bij de patiënten.

"We moeten u pillen geven wat veel geld kost, maar als ge wat meer zou bewegen had ge die niet nodig! Soms zeg ik de prijs voor de maatschappij als ik een voorschrift aflever."

Het belang van motivationele technieken kwam ook aan bod. De boodschap op een gemotiveerde manier brengen en zelf geloven in het vertelde maakt het voor de patiënt ook veel aannemelijker. Dit maakt ook waarom artsen die zelf voldoende bewegen sneller geneigd zijn om aan bewegingspromotie te doen enerzijds. Anderzijds kunnen zij de boodschap ook krachtiger overbrengen omdat ze zelf de positieve effecten ervan ervaren. Ze hebben een voorbeeldfunctie. Gezien de kleinste toename in beweging al gezondheidsvoordelen oplevert kan een kort advies al voldoende zijn. Ook gewoon de vraag stellen of ze wel voldoende bewegen kan al voldoende zijn om de patiënt tot denken aan te zetten. Meer onderbouwde strategieën, zoals het gekende 5A-model (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange), zouden tijdens de opleiding of op bijscholingen moeten worden ingeoefend.

Ook bij niet-gemotiveerde patiënten blijft het belangrijk te exploreren naar hun opvattingen over beweging en waarom ze niet gemotiveerd zijn. Op de gezondheidsvoordelen duiden en toch een zaadje proberen planten is dan het belangrijkste. De aan te halen voordelen kunnen gaan van gewichtsreductie, over cardiovasculaire risicoreductie, tot beter zelfbeeld en goed in het vel voelen. Illustraties kunnen hierbij zeker helpen. De eindverantwoordelijkheid ligt echter altijd bij de patiënt.

"Kijk, binnen 10 jaar zit gij in een stoel en kunt gij er niet meer uit. Ik zeg altijd dat ik er geen probleem mee heb als ze niet sporten maar dat zij dit voor henzelf moeten doen."

Er dient nagedacht te worden over de financiering van zulke consultaties, initiatieven etc. Dit blijft nu eenmaal een belangrijke drijfveer om van iets een prioriteit te maken. Nomenclatuurnummers zouden moeten worden opgesteld voor dit type advies zonder dat er misbruik kan van worden gemaakt. Anderzijds was er zelfs iemand die opperde voor financiële beloningen van patiënten, zoals een wandelvergoeding of gratis medicatie, nadat bepaalde doelen zijn behaald. Een argument hiervoor was dat een beloning van de arts niet zou zorgen dat zij meer tijd zouden hebben voor bewegingspromotie, net datgene wat nu de voornaamste belemmerende factor is.

Een voorstel was om deze preventieve raadplegingen, net als tandartsbezoeken, verplicht te maken om zo de rechten op bepaalde terugbetalingen niet te verliezen. Nog verregaander was dat er ook een resultaatsverbintenis kon aan worden gekoppeld

waarbij de patiënt x aantal stappen dient te zetten of een inspanningstest moet doen na een bepaalde periode.

Zo kan een resultaatsverbintenis ook een motiverende factor worden voor de patiënt. Het opvolgen van gewicht, omtrek, cholesterol, suiker, … kan bevorderend werken. Vooral omdat men in het begin soms niet veel zal afvallen. Een tool waarmee ze dit kunnen bijhouden hoe ze vorderen zou goed zijn zoals m.b.v. apps. Als patiënten resultaten zien zullen zij veel vlugger geneigd zijn vol te houden.

Een herhaaldelijk gemaakte denkfout was om beweging te vernauwen tot sporten. Als huisarts dient men eerst en vooral beweging laagdrempelig in het dagelijkse leven te stimuleren. Je kan bijvoorbeeld al zeggen om de trap te nemen, te wandelen tijdens een pauze, rechtstaan tijdens spreken, glazen bijvullen tijdens een vergadering, wat verder parkeren op de parking, …

De adviezen moeten wel altijd individueel zijn, er is geen 'one-fits-all oplossing'. Er moeten haalbare, progressieve doelen worden gesteld om het risico op blessures en teleurstellingen te vermijden. Men moet rekening houden met leeftijd, gewicht, co-morbiditeiten, conditie, socio-economische toestand van de patiënt, etc. Slechts zelden is er een absolute contra-indicatie om aan bewegingspromotie te doen. Of het nu gaat om een jong of oud persoon met multipathologie. De minste verbetering kan voordeel opleveren voor bijna elke patiënt en het advies dient zo laagdrempelig te zijn dat het fysiek zeker haalbaar is. Het meeste voordeel valt zelfs te halen bij de ouderen omdat zij qua groei van bewegingsduur- en intensiteit vaak nog het meeste reserve hebben. Bewegen dient toegankelijk te zijn. Door wandelen als bewegen te beschouwen zijn er geen bijkomende kosten en kan iedereen gewoon naar buiten gaan en beginnen te wandelen. Bij tijdsgebrek van de patiënt kan er overgegaan worden naar intensievere activiteiten die dan weer tijdsefficiënter zijn. Gebruik de term fysieke activiteit in plaats van sport gezien de meer neutrale connotatie, het verhogen van de alledaagse fysieke activiteit is al een grote stap.

"Ik zeg altijd, ge kunt waggelen of ge kunt stevig stappen, dat is de keuze die ge hebt. In het ene geval maakt ge u belachelijk en in het andere geval brengt ge mensen onder de indruk."

Af en toe doken er non-argumenten op tijdens de discussies. Sommige artsen haalden als argument aan "dan gaan ze weer ineens een marathon willen lopen". Dit is echter niet echt een goed argument. Het is aan ons als arts om in te schatten of dit haalbaar is of niet. Om omwille van deze reden niet aan bewegingspromotie doen, lijkt ons absurd. Er mag niet vergeten worden dat het niet gaat om topsport, maar om bewegingspromotie op populatieniveau. Beweging en sporten met grenzen is de boodschap, dit kan dus gaan van "laat vaker de auto thuis" tot "loop 10 kilometer". Zo is ook het argument dat mensen kunnen verongelukken misleidend. Dit zijn anekdotische verhalen en staan in het niets met alle andere risico's van een sedentair leven.

Belangrijk is dat bewegingspromotie niet beperkt blijft tot de consultatieruimte. Ook maatschappelijke bewustmaking mag niet vergeten worden. Er zijn wijzigingen nodig op meerdere niveaus om iedereen aan het bewegen te krijgen. Zowel huisartsen, overkoepelende organisaties, politici, scholen ect. moeten op de kar springen. In scholen zou al van jongs af aan moeten duidelijk gemaakt worden waarom beweging belangrijk is en moet dit veel meer aanbod komen in het basisonderwijs. Het zou een basis aspect van het leven moeten zijn, zoals eten en slapen. In de media moet er meer aandacht voor beweging zijn, dit bijvoorbeeld doormiddel van boodschappen van algemeen nut op de televisie in plaats van reclameblokken. Bestaande initiatieven die veel in de media verschijnen, zijn bijvoorbeeld de "Warmathon" of "Start to Run". Uiteraard bereik je hierbij een bepaald doelpubliek maar voor iedere doelpubliek bestaat er wel een manier. Volgens vele huisartsen hebben deze initiatieven wel wat teweeggebracht bij veel mensen. Bovendien is bewegingspromotie door de werkgever ook zeer dankbaar. Zo zijn er bedrijven waar werknemers kunnen gaan sporten tijdens hun pauzes of meteen na hun werk in de gym van het bedrijf kunnen gaan sporten. Een bijkomend element zou zijn dat men een zekere groepsdruk kan ervaren. Dit zou mensen tijdens de eigenlijk gewerkte uren productiever kunnen maken.

4.2. Sterke punten en mogelijke beperkingen

De voornaamste beperking van dit onderzoek is de beperkte steekproefomvang, waardoor extrapolatie naar de gemiddelde Vlaamse huisarts niet mogelijk is. Er werd geen statistische, maar een beschrijvende kwalitatieve analyse uitgevoerd van de resultaten gezien de beperkte studiepopulatie. Het onderzoek geeft ons echter wel al een beeld van de meningen van huisartsen omtrent bewegingspromotie. We zagen een bepaalde rode draad terugkomen bij al onze betrokken artsen.

Een andere beperking is dat we ons enkel gefocust hebben op huisartsen en niet op de andere beroepsgroepen. Deze zouden bij toekomstig onderzoek ook betrokken kunnen worden zodat we het plaatje wat breder kunnen bekijken en een nauwere samenwerking i.v.m. bewegingspromotie zouden kunnen bekomen.

Verder toont dit onderzoek ons enkel context-gebonden resultaten. De gezondheidszorg in België is niet geheel hetzelfde in onze buurlanden waardoor de resultaten dus ook enkel toepasbaar zijn in ons land. Dit was ook onze opzet, maar toch kan het nuttig zijn te vergelijken met onze buurlanden.

Onze literatuurstudie bracht beperkte resultaten, maar gezien we gewerkt hebben met 6 uitgebreide systematische overzichtsartikels gaf dit ons wel een brede uitvalsbasis om mee te werken. Het was niet de bedoeling om een systematisch overzichtsartikel te schrijven. We hebben enkel op PubMed gezocht en enkel met MeSH termen gewerkt, waardoor we een aantal artikels zouden hebben kunnen misgelopen.

Gebrekkigheden die tijdens het interview aan het licht kwamen waren dat het exacte doel van ons onderzoek, alsook de vraagstelling niet altijd duidelijk was voor de

betrokken artsen. Er werd vaak gedacht vanuit het patiëntenperspectief in plaats vanuit hun eigen perspectief. Sommige artsen zagen bewegingspromotie te strikt als enkel sporten of enkel in het kader van obesitas, terwijl we eigenlijk meer doelden op "beweging" op zich in plaats van echt sporten. Doordat de interviews georganiseerd waren in LOK-groepen kenden de geïnterviewden elkaar, waardoor er mogelijke terughoudendheid kon zijn om voluit te spreken.

Verder onderzoek naar het optimaliseren van bewegingspromotie is nodig als we in de toekomst duidelijke adviezen hierover willen formuleren. Bij voorkeur zouden er meer grootschalige studies in verscheidene regio's moeten worden uitgevoerd, zodat er relevante besluiten kunnen worden gevormd op basis van significante resultaten.

5. Conclusie

We kunnen concluderen dat onze huidige gezondheidszorg nog een behoorlijke weg te gaan heeft om aan degelijke bewegingspromotie te doen. Uit onze focusgroepinterviews stelden we vast dat de resultaten uit de literatuur toepasbaar zijn op het Vlaamse landschap. Tijdsgebrek bleek de voornaamste barrière voor de huisarts, naast een slechte gezondheid of fysieke beperking van de patiënt (bv. cardiovasculair belast) en gebrek aan motivatie van de patiënt. Laagdrempelige en betaalbare bewegingsmodaliteiten voor de patiënt bleek de voornaamste facilitator, naast het gebruiken van bepaalde pathologieën (bv. cardiovasculaire pathologie) als aanknopingspunt en het gebruik van digitale hulpmiddelen zoals stappentellers, smartwatches, … Hierbij viel ons duidelijk op dat comorbiditeiten zowel een aanzet als een hindernis kunnen vormen. Dit toont het belang van individueel patiëntgericht advies. Opmerkelijk was de uitdrukkelijke vraag naar meer opleiding rond dit thema of het uit handen kunnen geven van bewegingspromotie aan een andere beroepsgroep. Dit zijn duidelike factoren die structureel aangepakt kunnen worden. Dit onderzoek kan dus een voorzet zijn tot verbetering. Dit overzicht van beïnvloedende factoren kan huisartsen, kinesisten, projectontwikkelaars, academici, beleidsmakers, etc. sturen in de ontwikkeling en implementatie van evidence-based interventies om de fysieke activiteit van patiënten, zelfs liefst de algemene bevolking, efficiënt te verhogen. Toekomstig kwantitatief en kwalitatief onderzoek zal bijkomend bewijs moeten leveren over hoe dit het best gebeurt. Beweging is een medicijn met een zeer laag aantal number needed to treat. Laten we hier gebruik van maken!

Literatuurlijst

1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World. Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Rome. 2019. FAO.

2. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva. 2010. WHO.

3. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention. At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. 2004.

4. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. 2018. Washington, DC. U.S. Department of Health and Human Services.

5. Guthold R, Stevens A.G., Riley L.M., et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. 2018. Lancet Glob Health; 6: e1077–86.

6. Tremblay M.S., Aubert, S., Barnes, J.D. et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. 2017. Int J Behav Nutr Phys Act; 14, 75.

7. Eakin E.G., Glasgow R.E., Riley K.M. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. 2000. J Fam Pract. 2000 Feb; 49(2): 158-68.

8. Hébert E.T., O Caughy M, Shuval K, et al. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. 2012. Br J Sports Med 2012; 46: 625–631.

9. Huijg J.M., Gebhardt W.A., Verheijden M.W., et al. Factors Influencing Primary Health Care Professionals' Physical Activity Promotion Behaviors: a systematic review. 2015. Int.J. Behav. Med; 22: 32–50.

10. Fleuren M., Wiefferink K., Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. 2004. Int J Qual Health Care; 16(2): 107–23.

11. Spiteri K., Broom D., Hassan Bekhet A., et al. Barriers and Motivators of Physical Activity Participation in Middle-Aged and Older Adults: a systematic review. 2019. Journal of Aging and Physical Activity; 27(6), 929-944.

12. Baert V., Gorus E., Mets T., et al. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. 2011. Ageing Research Review: 10(4), 464-474.

13. Martins J., Marques A., Sarmento H., et al. Adolescents' perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: a systematic review of qualitative studies. 2015.

Health Education Research; 30(5), 742–755.

14. Franco M.R., Tong A., Howard K., et al. Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. 2015. British Journal of Sports Medicine; 49: 1268-1276.

15. Orrow G., Kinmonth A.L., Sanderson S., *et al*. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. 2012. BMJ; 344: e1389.

16. Yarnall K.S., Pollak K.I., Østbye T, *et al*. Primary care: is there enough time for prevention? 2003. Am J Public Health; 93: 635–41.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatieve e-mail

Hordes en springplanken in motiveren tot meer bewegen.

Beste,

Wij, Marie Meuwis en Vincent Jacobs, 2 huisartsen-in-opleiding, nodigen jullie formeel uit op aanstaande LOK-bijeenkomst over bewegingspromotie te XXX.
In het kader van ons masterthesisproject aan de KU Leuven, goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven, doen wij wetenschappelijk onderzoek naar de barrières en facilitatoren die huisartsen ondervinden in het motiveren van hun patiënten tot meer beweging. Deze informatie zullen wij trachten te vergaren door een presentatie te komen geven op jullie LOK-bijeenkomst over de bestaande praktijkgerichte concepten, gevolgd door een groepsdiscussie en bevraging naar jullie ervaringen en meningen hieromtrent. Dit zal plaatsvinden binnen het normale tijdsbestek van een LOK-bijeenkomst. Uw deelname betekent dat u ermee instemt dat wij gegevens zullen verzamelen voor onderzoeksdoeleinden.
Het groepsinterview zal worden vastgelegd met opnameapparatuur om later schriftelijk te kunnen verwerken. De geluidsfragmenten zullen enkel door de onderzoekers worden beluisterd. De anonimiteit zal ten alle tijde worden bewaard door middel van codering en alle data zal met confidentialiteit behandeld worden. Het uiteindelijke doel is een volledig uitgeschreven onderzoeksrapport met enkele adviezen om deze barrières te behelpen en op de facilitatoren in te spelen.

Graag vragen wij jullie aanwezigheid te bevestigen om zo een aanwezigheidslijst te kunnen opstellen. Er zijn geen voor- of nadelen voor u als deelnemer, behoudens mogelijks nieuw opgedane kennis. De deelname is geheel vrijblijvend. U kan op elk moment van het onderzoek zich onttrekken.
Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Indien U bijkomende vragen of opmerkingen hebt kan U ook altijd terecht bij onderstaand vermelde contactpersonen. Bij aanvang van het interview zal alles nog eens overlopen worden en kunnen nog bijkomende vragen worden gesteld. Indien gewenst zal de afgewerkte versie van onze masterthesis aan U worden bezorgd.

Met collegiale groeten,

HAIO Marie Meuwis (marie.meuwis@student.kuleuven.be ; +32489074433)
HAIO Vincent Jacobs (vincent.jacobs6@student.kuleuven.be ; +32487433660)
Promotor Prof. Dr. Patrik Vankrunkelsven (patrik.vankrunkelsven@kuleuven.be ; +32475939012)

Bijlage 2: Informed consent

Titel van de studie: “Hordes en springplanken in motiveren tot meer bewegen”

Opdrachtgever van de studie: *KU Leuven, Patrik Vankrunkelsven*

patrick.vankrunkelsven@kuleuven.be

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN

HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700

BE-3000 LEUVEN

Onderzoeksinstelling: KU LEUVEN,

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN

HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700

BE-3000 LEUVEN

Ethisch comité: *OBC*

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Vincent Jacobs, huisarts in opleiding, +32487433660, vincent.jacobs6@student.kuleuven.be

Marie Meuwis, huisarts in opleiding, +32489074433, marie.meuwis@student.kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatieve studie. Deze studie wordt uitgevoerd in de context van een masterthesisproject aan de KU Leuven. Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de arts-onderzoeker of zijn of haar vertegenwoordiger.

Dit document bestaat uit 3 delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

Ø Deze kwalitatieve studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Ø Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.

Ø De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Ø Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze kwalitatieve studie is georganiseerd om te onderzoeken wat de barrières en facilitatoren zijn bij het motiveren tot meer bewegen door de huisarts. Indien mogelijk zullen wij nadien een advies trachten te genereren om deze barrières te behelpen en op de facilitatoren in te spelen.

Aan deze kwalitatieve studie zouden 2 groepen van ongeveer een 20-tal artsen moeten deelnemen.

Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u afgestudeerd huisarts zijn.

De duur van uw deelname aan deze studie bestaat enkel uit één groepsinterview tijdens hetwelk uw arts-onderzoeker u zal vragen om alle voor de studie noodzakelijke gegevens en informatie te verzamelen.

Uw arts-onderzoeker zal u ook vragen om een vragenlijst in te vullen die persoonlijke ervaring en mening omtrent het onderwerp zal evalueren.

Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5 tot 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ø Tenvolle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Ø Open te staan voor eventuele bijkomende vragen naderhand.

Ø Indien u na afloop van de studie graag de resultaten van het onderzoek ontvangt, gelieve dit via e-mail door te geven zodat wij u de eindresultaten kunnen bezorgen.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker Marie Meuwis of Vincent Jacobs op de respectievelijke telefoonnummers, +32487433660 en +32489074433. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid.

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord (doorhalen wat niet van toepassing is) dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie voor een betere kennis van de ziekte en de behandeling ervan.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Arts-onderzoeker

Wij, ondergetekende Marie Meuwis en Vincent Jacobs, arts-onderzoekers, verklaren de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Wij bevestigen dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en wij zijn bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Wij bevestigen dat wij werken in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de vertegenwoordiger

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de arts-onderzoeker

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

Wij zullen informatie trachten te vergaren door een presentatie te komen geven op een LOK-bijeenkomst over de bestaande praktijkgerichte concepten, gevolgd door een groepsdiscussie en bevraging naar de ervaringen en meningen van huisartsen hieromtrent. Het groepsinterview zal worden vastgelegd met opnameapparatuur om later schriftelijk te kunnen verwerken. De beelden en geluidsfragmenten zullen enkel door de onderzoekers worden bekeken en beluisterd. De anonimiteit zal ten alle tijde worden bewaard door middel van codering en alle data zal met confidentialiteit behandeld worden. Dit zal plaatsvinden binnen het normale tijdsbestek van een LOK-bijeenkomst.

2. Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven die een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De arts-onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoeker gegevens over u verzamelt en dat de opdrachtgever van de studie die gebruikt voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Marie Meuwis en Vincent Jacobs zijn de verwerkingsverantwoordelijken voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de arts-onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken. De arts-onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank.

De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren.

De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle artsen-onderzoekers die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staat te uwer beschikking

De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO - UZ Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, e-mail dpo@uzleuven.be.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit(GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	"Hordes en springplanken in motiveren tot meer bewegen."
Version 1: Date submission	Date:3/03/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:21/03/2019
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:16/04/2019
Principal Investigator – Promoter	Name: Patrik Vankrunkelsven
	Telephone: +32475939012
	E-mail: patrik.vankrunkelsven@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES X NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: /
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Vincent Jacobs
	Student number: r0292333
	Telephone: +32487433660
	E-mail: vincent.jacobs6@student.kuleuven.be
	Name: Marie Meuwis
	Student number: r0264232
	Telephone: +32489074433
	E-mail: marie.meuwis@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Het laatste decennium is er groeiende aandacht voor preventieve geneeskunde en heerst er op talrijke multimedia een soort gezondheidshype, doch deze bereikt een beperkte doelgroep. Dit staat lijnrecht tegenover de wereldwijde toenemende obesitasepidemie en het bijhorend metabool syndroom. Voor het eerst sterven er meer mensen als gevolg van overgewicht dan aan hongersnood. Dit heeft onder andere te maken met de verstedelijking en economische ontwikkeling enerzijds en het feit dat in ontwikkelingslanden de traditionele voeding omwille van schaarste steeds meer wordt vervangen door kant-en-klare producten rijk aan suiker en vet anderzijds. Fysieke activiteit is naast voeding en tal van andere een zeer belangrijke gezondheidsindicator. Studies tonen aan dat fysieke inactiviteit een even grote bijdrage heeft in de globale mortaliteit per jaar dan roken. Dit is een reden te over om een sedentaire levensstijl te bestrijden, niet enkel bij secundaire preventie, maar ook in primaire preventie.

Tot op heden werd er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de meningen en ervaringen van de huisarts zelf in het motiveren tot meer beweging door zijn patiënten. Meestal ligt de focus in gelijkaardige onderzoeken op de patiënt zelf.

3. STUDY OBJECTIVES

Wat zijn de hordes en springplanken die artsen vandaag de dag ervaren in het aanzetten of motiveren van hun patiënten tot meer bewegen. Met andere woorden, wat zijn de barrières en wat zijn de facilitatoren in motivering tot meer beweging bij de huisarts. Wij zullen een antwoord op deze vraag proberen te bieden via een verklarend explorerend kwalitatief onderzoek. Indien mogelijk zullen wij nadien een advies trachten te genereren om deze barrières te behelpen en op de facilitatoren in te spelen.

4. RESEARCH METHOD

Initieel zullen wij een oriënterend literatuuronderzoek uitvoeren om een beeld te vormen over de huidige kennis van zaken en de reeds beschreven barrières en facilitatoren. Verder zullen wij een overzicht trachten te bekomen van de bestaande praktijkgerichte concepten om patiënten aan te zetten tot bewegen. Op basis van deze informatie zullen wij onze verdere bevraging en analyses baseren. Nadien zullen wij een bevraging uitvoeren van huisartsen om zo te peilen naar hun opinies en hun ervaringen. Dit zullen wij doen door middel van semigestructureerde interviews van focusgroepen op een aantal LOK-bijeenkomsten, en zo nodig bijkomende diepte-interviews van individuele huisartsen. Deze presentatie zal gaan over de hoger beschreven geïnventariseerde bestaande mogelijkheden om mensen aan te sporen tot meer beweging. Nadien zal er een gestuurde discussie volgen in groep met als doel het verkrijgen van de meningen van de artsen en de beantwoording van op voorhand bedachte vragen. Deze LOK-bijeenkomsten en diepte-interviews zullen wij vastleggen met opnameapparatuur om later volledig te kunnen uitschrijven.

Daarna zullen wij met twee deze data analyseren aan de hand van het QUAGOL-protocol, om de foutmarge te beperken. Zo hopen wij enkele hypothesen en adviezen te kunnen genereren voor een strategie tot motiveren tot bewegen.

Tijdens al deze stappen zal Marie Meuwis zich meer focussen op de faciliterende factoren en Vincent Jacobs zich meer op de complicerende factoren. Het beoogde eindresultaat is een volledig uitgeschreven onderzoeksrapport.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Gezien we niet met patiënten werken werden er geen inclusie- of exclusiecriteria opgesteld. Wel werken we met huisartsen die naar de LOK bijeenkomst komen, dit zullen de artsen zijn die op dat moment aanwezig zijn (LOK-bijeenkomsten regio Beringen, Herk-de-Stad, …). Dit zal gaan om een groep van +/- 20 huisartsen per regio. Het aantal interviews zal bepaald worden door de hoeveelheid nieuwe informatie die we nog per interview verkrijgen. Wij zullen de aanwezigen anoniem oplijsten en volgende kenmerken van hen inventariseren: geslacht, leeftijd, solo of groepspraktijk, sportief of niet. Doch deze persoonlijke gegevens zullen niet worden gekoppeld aan de antwoorden. Ditzelfde stramien zullen we toepassen indien we overgaan naar het uitvoeren van individuele diepte-interviews.

5.2 Expected duration

Vanaf goedkeuring ethische commissie t.e.m. 31/05/2020.

5.3 Recruitment

We zullen als interviewers, met als tussenpersoon de organisator van de LOK-bijeenkomsten, een e-mail (zie annex) versturen naar de leden van de LOK-groep met een formele uitnodiging en hen hierin zo zorgvuldig mogelijk informeren over de doelstelling van ons onderzoek. Hierin zullen wij vermelding maken van een aanspreekpunt. Wij zullen vragen aan de leden om hun aanwezigheid te bevestigen zodat we een lijst met aanwezigheden kunnen opstellen. Bij de start van de LOK-bijeenkomsten zullen wij nogmaals duidelijkheid geven over de doelstelling en methode van het onderzoek. Zowel in de e-mail als bij de start van het interview zal duidelijk worden vermeld dat de arts niet verplicht is om deel te nemen. Wanneer we beschikken over de ondertekende geïnformeerde toestemming van alle artsen zal de discussie van start kunnen gaan.

6. ANALYSIS

Er zal een bevraging plaatsvinden van minstens 2 groepen artsen van elk ongeveer 20 personen. Hiervoor zullen wij de artsen aanwezig op de LOK-bijeenkomst binnen onze HAIO-regio betrekken. Wegens organisatorische redenen beperken wij ons tot deze voorlopig groep. We richten ons dus op de input van een 40-tal artsen, doch afhankelijk van de nieuwe informatie per interview zullen we mogelijks onze ‘sample size’ nog uitbreiden. De data-analyse zal gebeuren door middel van het QUAGOL-protocol.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens ons project met confidentialiteit behandeld worden. De interviews zullen worden opgenomen met behulp van een geluidsrecorder. De opnames zullen enkel door de onderzoekers worden beluisterd en geanalyseerd. De anonimiteit van alle deelnemers zal worden bewaard door hen bij de analyse een unieke code toe te kennen ter vervanging van diens identiteit. De deelnemers zullen op de hoogte worden gesteld van deze werkwijze via een informatieve e-mail. Naderhand zullen de interviews worden uitgetypt door onszelf (Vincent Jacobs & Marie Meuwis) voor

verdere analyse aan de hand van het QUAGOL-protocol. Tijdens het onderzoek zullen de geluidsopnames, de coderingslijst en de transcripten op een beveiligde manier bewaard worden. De bestanden zullen worden opgeslagen op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord dat enkel door de interviewers zal gekend zijn. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de gecodeerde gegevens. Na het afronden van de data-analyse zullen de opnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer worden vernietigd. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripten aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor de veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2. Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;
- He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;
- He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;
- He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;
- He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

/

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

/

13. ANNEXES

Zie origineel

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP009468
Uw kenmerk: Masterproef studie: Hordes en springplanken in motiveren tot meer bewegen
Leuven, 29-04-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Patrik Vankrunkelsven
Geachte Vincent Jacobs, Marie Meuwis

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 29-04-2019

Het betreft hierbij een herindiening. Er werd tegemoet gekomen aan de verschillende opmerkingen. Gelieve de informatiebrief nog eens grondig na te lezen en o.a. volgende aanpassingen te maken:
- Etische Commisie Onderzoek UZ/KU Leuven. = Ethische

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 16-04-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven