Evaluatie van een gemeenschapsgerichte bewegingsinterventie bij ouderen

Callant Ewout, Universiteit Gent
Devreese Ewout, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Peter Decat, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2022

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

Abstract

Evaluatie van een gemeenschapsgerichte bewegingsinterventie bij ouderen
HAIO's: Ewout Callant en Ewout Devreese
E-mail : callantewout@gmail.com en ewoutdevreese@hotmail.com
Promotor: Prof. Dr. Peter Decat
Praktijkopleiders: Filip Parmentier en Luc De Muynck

Context: Als huisarts komen we vaak in aanraking met ouderen, welke de snelst groeiende bevolkingsgroep is. Deze groep wordt op biopsychosociaal vlak gekenmerkt door verminderde mobiliteit, een toename van chronische aandoeningen, multimorbiditeit, isolatie en eenzaamheid. De literatuur kaart een gebrek van beweging bij ouderen aan. Hoe kan dit aangepakt worden? In het dienstencentrum 'De Knoop' te Ledeberg is een beweeginitiatief opgestart. In deze studie wordt een evaluatie van het initiatief gemaakt om het werkingsmechanisme ervan te ontrafelen.

Onderzoekshypothese: Een begeleide gemeenschapsgerichte beweeginterventie bij ouderen (context), welke op een continue wijze (vaste tijdstippen, plek, groep en lesgever) georganiseerd wordt (mechanisme), met aandacht voor de interne groepsdynamiek (mechanisme) en het creëren van een veilige omgeving (mechanisme), brengt verschillende biopsychosociale gevolgen (outcome) teweeg.

Methode (literatuur en interventie): In de literatuur wordt er nagegaan welke gemeenschapsgerichte interventies bij ouderen reeds georganiseerd zijn, met als doel hen in beweging te brengen. We hebben deelgenomen aan enkele beweegsessies waarna 9 diepte-interviews met deelnemers hebben plaatsgevonden. Via de 'realist evaluation' wordt nagegaan welke mechanismen een centrale rol spelen binnen de beweeginterventie, nadien worden deze mechanismen aan de vooropgestelde CMO-hypothese getoetst.

Resultaten: Na analyse van de interviews komen er 3 belangrijke mechanismen naar voor, namelijk inclusiviteit, groepsdynamiek en herconditionering. Er heerst een gevoel van veiligheid en er is respect voor ieders beweegniveau. De groep is verdeeld in kleine groepjes. Binnen de kleine groepjes is er een losse en ontspannen sfeer met veel interactie, maar binnen de overkoepelende groep is de sfeer gereserveerd. Door het volgen van de beweegsessie wordt de perceptie ten opzichte van bewegen veranderd. Deelnemers geven aan dat het makkelijker wordt om bewegen in het dagelijkse leven te incorporeren.

Conclusies: Interventies zoals deze zijn belangrijk om de oudere populatie in beweging te krijgen en te houden. We hebben verschillende aanbevelingen opgesteld voor toekomstige gelijkaardige interventies. Deze aanbevelingen kunnen dienen als leidraad voor organisatoren van beweegsessies voor ouderen.

Inhoudstabel

Abstract 3

1. Inleiding 6

1.1 Probleemschetsing 6

1.2 Hoe wordt de oudere populatie in beweging gebracht? 7

1.2.1 Literatuuronderzoek 7

1.3 Interventie 11

4. Methodologie 13

4.1 Realist impact evaluation 13

4.2 CMO-hypothese 13

4.3 Interviews 14

4.4 Analyse 14

5. Resultaten 15

5.1 Mechanisme 15

5.1.1 Inclusiviteit 15

5.1.2 Groepsdynamiek 16

5.1.3 Herconditionering 17

5.2 Context 18

5.2.1 Groep 18

5.2.2 Locatie 19

5.2.3 Lesgever 19

5.2.4 Covid-19 20

5.2.5 Kostprijs 20

5.3 Outcome 21

5.3.1 Biologisch 21

5.3.2 Psychologisch 22

5.3.3 Sociaal 22

6. Discussie 24

6.1 Inclusiviteit 24

6.2 Groepsdynamiek 25

6.3 Herconditionering 27

7. Limitaties 29

8. Besluit 30

9. Dankwoord 31

10. Referentielijst 32

Bijlage 1 – Persoonlijke reflectie Ewout Callant 35

Bijlage 2 – Persoonlijke reflectie Ewout Devreese 37

Bijlage 3 – Aanvraag ethisch comité 39

Bijlage 4 – Goedkeuring ethisch comité Ewout Devreese 42

Bijlage 5 – Goedkeuring ethisch comité Ewout Callant 44

Bijlage 6 – Knooppunten 46

1. Inleiding

1.1 Probleemschetsing

Een 'goede gezondheid' wordt steevast gelinkt aan regelmatige beweging en fysieke activiteit. Beweging heeft een belangrijke preventieve functie. Het vermindert de kans op obesitas, diabetes mellitus, cardiovasculair en psychisch lijden. Het is duidelijk dat een zekere mate van beweging een positieve impact heeft op de gezondheid, maar voor veel mensen blijft het echter een moeilijke stap om hieraan te beginnen.

De gemiddelde levensverwachting in Europa is de voorbije eeuw enorm gestegen, deze ligt ondertussen al boven de 80 jaar. De leeftijdspiramide van Europa toont tevens aan dat er een duidelijke vergrijzing van de samenleving plaatsvindt, waarbij één op de vijf Europeanen ouder is dan 65 jaar en de leeftijdsgroep boven de 80 jaar de snelst groeiende bevolkingsgroep is. Als huisarts kom je in aanraking met patiënten van verschillende leeftijdscategorieën, waarbij de bevolkingsgroep ouder dan 65 jaar een belangrijk deel uitmaakt van het patiëntenbestand.

De vergrijzing van de maatschappij brengt heel wat mogelijke biopsychosociale gevolgen voor de oudere populatie met zich teweeg, denk maar aan verminderde mobiliteit, toename van chronische aandoeningen, multimorbiditeit, isolatie, eenzaamheid, etc [1,2]. Deze gevolgen leggen een enorme druk op het gezondheidszorgsysteem, waarbij de focus van het systeem zich dient te verleggen van reactieve en acute zorg naar preventieve en chronische zorg. Wereldwijd dienen gezondheidszorgsystemen zich te herorganiseren. De huisarts in de eerste lijn staat in de frontlinie van het gezondheidszorgsysteem en ervaart op dagelijkse basis dat er een cruciale rol is weggelegd voor deze preventieve en chronische zorg. De eerste lijn evolueert naar een gezondheidszorgsysteem waarbij gepersonaliseerde en interprofessionele zorg hoog in het vaandel wordt gedragen.

Het voornaamste probleem dat in deze studie aangekaart wordt, is het feit dat de oudere populatie, de bevolkingsgroep boven de 65 jaar, onvoldoende beweegt. De literatuur ondersteunt deze stelling. Een studie uit het Verenigd Koninkrijk [3] toont aan dat 77% van de mannelijke en 85% van de vrouwelijke populatie uit de leeftijdscategorie 65 tot en met 74 jaar de aanbeveling van 150 minuten matige fysieke activiteit per week (bv. wandelen, fietsen) niet haalt. In een Schotse studie [4] worden gelijkaardige resultaten gevonden, 69% van de mannelijke en 79% van de vrouwelijke 75-plussers halen deze wekelijkse aanbeveling niet. Een gelijkaardige trend wordt gerapporteerd in een Canadees [5] onderzoek, slechts 20% van de Canadezen tussen de leeftijd van 60 en 79 jaar halen 10.000 stappen per dag. Uit deze studies blijkt dat een gebrek aan fysieke activiteit bij ouderen in de Westerse samenleving een probleem vormt.

1.2 Hoe wordt de oudere populatie in beweging gebracht?

De boodschap is duidelijk, als huisarts dien je te trachten de oudere patiënt te motiveren tot beweging. Op welke manieren kan dit nu eigenlijk gebeuren?

Er zijn meerdere zorgverleners uit de eerste lijn die in dit proces een handje kunnen helpen. Zo is er enerzijds de kinesitherapeut die kijkt om bij de oudere patiënt met gangproblemen een structureel en progressief behandel- en oefenplan op te stellen met de focus op gangrevalidatie. Anderzijds kan je als huisarts doorverwijzen naar een BOV-coach (Beweging op Verwijzing). Deze coach stelt samen met de patiënt een persoonlijk traject op met als doel de inactieve en zittende patiënt opnieuw aan het bewegen te krijgen.

Er zijn tevens initiatieven die zich minder op het individu focussen en eerder gemeenschapsgericht te werk gaan. In onderstaande literatuurstudie wordt nagegaan welke gemeenschapsgerichte beweeginterventies er bij ouderen reeds uitgevoerd zijn en wat de resultaten van deze studies aantonen (cfr. Tabel 1).

1.2.1 Literatuuronderzoek

1.2.1.1 Methodologie

In het oriënterende literatuuronderzoek zijn wij op zoek gegaan naar studies waarbij er vanuit de visie van de eerste lijn een evaluatie gebeurt van bewegingsprojecten bij ouderen. De artikels waarop het literatuuronderzoek is gebaseerd, zijn gevonden door gebruik te maken van 'PubMed', welke de online database ‘Medline’ met miljoenen biomedische artikels bevat.

De zoekstring die op PubMed is ingevoerd, bevat volgende MeSH-termen: ‘elderly’, ‘primary health care’ en ‘aerobic exercises’. De 3 MeSH-termen zijn met de Booleaanse operator AND tot 1 zoekstring verbonden. De zoekopdracht heeft 607 zoekresultaten weergegeven. Deze resultaten zijn nadien gefilterd op artikels die de voorbije 5 jaar gepubliceerd zijn, in het Engels geschreven zijn, een abstract bevatten en behoren tot de artikeltypes systematic review of randomized controlled trial. Door gebruik te maken van deze filters resteren er nog 89 artikels die verder gescreend zijn op relevantie door het lezen van de titel, dit leidt tot 43 resterende artikels. Van deze 43 artikels zijn alle abstracts gelezen om na te gaan indien het onderwerp van deze artikels relevant is met betrekking tot het oplossen van de onderzoeksvraag. Vervolgens zijn onderstaande exclusiecriteria toegepast: gehospitaliseerde patiënten, een studiepopulatie jonger dan 65 jaar en een studiepopulatie met een specifieke onderliggende pathologie (bv. een populatie exclusief bestaande uit mensen met diabetes mellitus type 2). Deze exclusiecriteria hebben we toegepast om een projectie te maken die zo nauw mogelijk aansluit op onze eigen doelpopulatie. Na het toepassen van deze exclusiecriteria blijven er nog 16 artikels over.

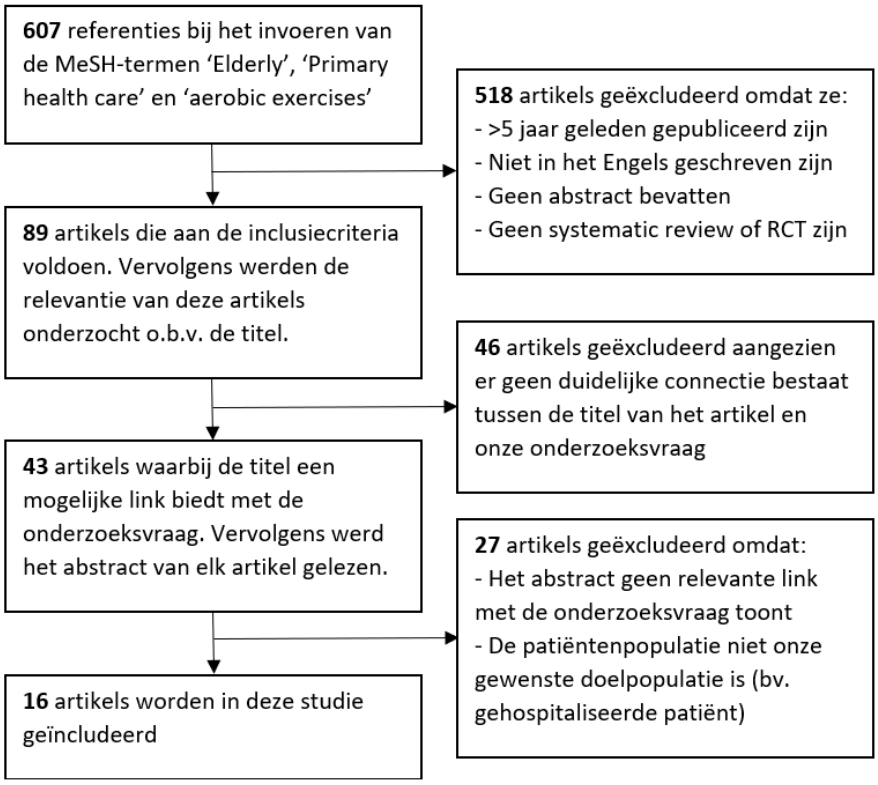


Fig. 1. Flowchart m.b.t. de zoekstrategie via 'PubMed'

1.2.1.2 Resultaten

In deze literatuurstudie wordt onderzocht welke gemeenschapsgerichte beweeginterventies bij ouderen reeds uitgevoerd zijn. Er zijn in totaal 16 studies geïncludeerd in de literatuurstudie. De interventies hebben een duur van 9 weken tot 12 maanden. Er zijn studies die na het uitvoeren van de beweeginterventie gegevens blijven verzamelen om na te gaan wat het effect van de interventie op lange termijn heeft betekend. Deze opvolgperiode bedraagt minimaal 15 maanden en maximaal 4 jaar [8-10,13].

Opzet van de studies

Er zijn in de onderzochte studies verscheidene manieren om een interventie te organiseren. Ten eerste zijn er studies waarbij de interventie zich voornamelijk focust op een **beweeg- en oefenprogramma** [6-9,13]. Er zijn studies die een gestructureerd beweegplan voorop stellen [7-9, 19-21], maar er zijn ook studies die de deelnemers meer vrijheid gunnen om zelf actief te kiezen wanneer en welke vorm van beweging ze uitvoeren. Van sommige deelnemers wordt er zelfs verwacht dat ze hun eigen gezondheidsdoelen voorop stellen en op bepaalde momenten zelf een beweegsessie organiseren [6,13]. Deze techniek wordt gebruikt om de deelnemers meer verantwoordelijkheid te geven en op die manier het gevoel van betrokkenheid te vergroten.

Vervolgens is er ook een studie waarbij de interventie niet alleen uit een fysiek deel bestaat, maar waarbij de **sociale component** ook een belangrijke rol speelt in het opzet van de interventie [10]. Zo wordt er maandelijks een sociaal evenement georganiseerd (bv. een museumbezoek) waarbij de deelnemers de mogelijkheid hebben om elkaar wat beter te leren kennen in een ontspannen omgeving.

Tot slot zijn er studies die een meer **holistische aanpak** aannemen. Er wordt niet enkel een oefenprogramma opgesteld, maar er wordt ook gekeken om enerzijds een voedingsanalyse met behulp van een diëtist uit te voeren en anderzijds bepaalde cognitieve en gedragstechnieken (bv. geplande momenten van zelfreflectie) toe te passen [11,12,14-21].

Bevindingen

De eindpunten van deze studies verschillen tevens onderling.
Enerzijds zijn er studies die focussen op de **mate van fysieke activiteit** van ouderen na de uitgevoerde beweeginterventie [7,8,13,15,16-18,20,21]. Toename in fysieke activiteit wordt beschreven als het frequenter inplannen van beweegmomenten in de vrije tijd [7,13], een verhoogde gangsnelheid [7] of een betere 6 minuten wandeltijd [21].

Andere studies nemen het **optreden van medische events** naar de toekomst toe als eindpunt [6,9,10,19]. Ten gevolge van de gemeenschapsgerichte beweeginterventies wordt een reductie in ziekenhuisopnames en tweedelijnsconsultaties [6], een daling van het aantal cardiovasculaire events en botfracturen [9,10] en het minder frequent voorvallen van valepisodes [19] bij de oudere populatie teruggevonden.

Tot slot zijn er studies die nagaan wat de impact van de beweeginterventies is op het ontwikkelen van **frailty** (kwetsbaarheid bij ouderen) [11,12,14]. Frailty wordt typisch beschreven volgens de 5 criteria van Fried: gewichtsverlies, uitputting, lage gangsnelheid, weinig fysieke activiteit en lage spierkracht. De studie van Serra-Prat et al. [14] toont aan dat de interventie die zij hebben uitgevoerd er voor zorgt dat de ouderen frequenter en langer buitenshuis kunnen wandelen (dit gegeven valt onder het criterium ‘fysieke activiteit’), maar er is geen significant positief effect op de overige Fried criteria vastgesteld.

In onderstaande tabel worden de artikels waarnaar gerefereerd wordt nogmaals op een schematische wijze weergegeven.

Auteur/studie	*Interventie*	*Bevindingen*
Dolovich et al. [6]	Beweeginterventie gefocust op eigen gezondheidsdoelen (bv. wandel ik genoeg? Heb ik voldoende sociaal contact?)	Reductie ziekenhuisopnames en tweedelijns consultaties
Cowper et al. [7]	Oefenprogramma van 12 maanden waarbij 5 op 7 dagen minstens 30min fysieke activiteit wordt ingepland	Verhoogd activiteitsniveau en verhoogde gangsnelheid
PACE-Lift [8,9]	Wandelprogramma van 12 weken	Verhoogde fysieke activiteit tot 4 jaar na opstart van de interventie (t.g.v. incorporatie van wandelen in dagdagelijkse leven)
		Verminderd aantal cardiovasculaire events en botfracturen tot 4 jaar na de interventie
Arija et al. [10]	Oefenprogramma van 9 maanden (120min wandelen/week) + 1 sociaal evenement per maand (bv. museumbezoek)	Verminderd aantal cardiovasculaire events tot 2 jaar na de interventie
Castell et al. [11]	Een multivariante beweeginterventie (aërobe beweging, educatie, kracht, proprioceptie, flexibiliteit) bij pre-frailty ouderen	Hypothese: verminderde kans op evolutie naar frailty Nog geen tussentijdse resultaten gekend
PRISM-3P [12]	Een multidisciplinaire interventie (sessie diëtist, consultatie geriater en oefenprogramma met personal trainer)	Hypothese: toename van zelfredzaamheid en mobiliteit Nog geen tussentijdse resultaten gekend
Martín-Borràs et al. [13]	Oefenprogramma van 12 weken (2x 60min wandelen/week) + 1 extra wekelijkse sessie georganiseerd door een deelnemer	Verhoogde fysieke activiteit tot 15 maand na opstart van de interventie

Auteur en/of studie	*Interventie*	*Bevindingen*
Serra-Prat et al. [14]	Oefenprogramma (aërobe beweging, kracht, evenwicht en coördinatie) bij pre-frailty ouderen + voedingsanalyse	Verminderde evolutie van pre-frailty naar frailty op basis van de Fried criteria
Westland et al. [15,16]	Gedragsveranderingstechnieken	Geen verandering van fysieke activiteit Concreter oplossen van persoonlijke problemen en opstellen van plannen
Meurer et al. [17]	Cognitieve therapie + voedingsanalyse	Verhoogde fysieke activiteit Gezondere eetgewoontes + gewichtsreductie
Van Dongen et al. [18]	Beweeginterventie van 10 maanden + cognitieve therapie (gemeenschappelijke doelen stellen) + dieetinterventie	Geen veranderingen van fysieke activiteit Gezondere eetgewoontes
Siegrist et al. [19]	Multifactorieel interventieprogramma (spierversterking en evenwicht) + thuisprogramma van 12 weken	Minder valepisodes en valgerelateerde verwondingen
Turunen et al. [20]	Revalidatieprogramma na doorgemaakte ziekenhuisopname	Geen significant verbetering op fysieke activiteit in vergelijking met de standaardzorg (evaluatie via accelerometer)
Sunde et al. [21]	Revalidatieprogramma na doorgemaakte ziekenhuisopname (verschil t.o.v. [20]: hogere intensiteit + groepssessies)	Significante verbetering fysieke activiteit: - subjectief: betere beleving gezondheidsaspecten via enquête - objectief: betere 6 minuten wandeltijd

1.3 Interventie

De literatuur geeft aan dat het organiseren van een beweeginterventie vanuit de gemeenschap ervoor zorgt dat ouderen de weg naar het bewegen gemakkelijker vinden en dat dit de mate van fysieke activiteit bij ouderen verhoogt. Een gemeenschapsgerichte interventie zorgt ervoor dat je niet alleen aan het sporten moet, maar dat je samen met enkele vertrouwde gezichten vanuit de buurt op een georganiseerde wijze kan bewegen. De huidige literatuur ondersteunt dus het idee van gemeenschapsgerichte beweeginterventies. De grens tot sporten wordt verlaagd en het langdurig onderhouden van beweging wordt ondersteund.

Vanuit Stad Gent wordt er de laatste jaren meer en meer ingezet op het fysiek welzijn van diens inwoners. Buurtsport en specifiek wijkgerichte beweeglessen zijn in belangstelling en populariteit aan het winnen. De gemeenschapsgerichte beweeginterventies in de buurt bestaan uit een reeks beweeglessen georganiseerd in diverse lokale dienstencentra in en rond de stad Gent. Het initiatief rond dit sociaal tewerkstellingsproject komt vanuit een samenwerking van de Federale en Vlaamse Overheid met lokale besturen. De Gentse Wijkgezondheidscentra, vzw De Sloep en de Sportdienst zijn het brein en de uitwerkende kracht rond de beweegsessies.

In dit onderzoek wordt de vraag gesteld hoe wij als onderzoekers een gemeenschapsgerichte beweeginterventie kunnen evalueren.

In samenspraak met onze promotor dr. Decat Peter en gezondheidspromotor Van Leirberghe Katrien van wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent hebben wij gekozen om de beweeglessen in lokaal dienstencentrum ‘De Knoop’ te Ledeberg te evalueren. Deze sessies worden op wekelijkse basis georganiseerd, zijnde dinsdagvoormiddag van 11u15 tot en met 12u15. De beweeginterventie leunt namelijk het dichtste aan bij onze onderzoeksvraag en -populatie.

Vanaf september 2021 wordt er elke dinsdagvoormiddag een beweegles georganiseerd voor de buurtbewoners van Ledeberg. Deze sessies worden begeleid door een kinesitherapeut van het ziekenhuis AZ Maria-Middelares te Gent. Flyers met betrekking tot deze beweeglessen worden opgehangen op de deuren en ramen van het lokale dienstencentrum en men kan deze flyers ook terugvinden aan het onthaal van het lokale dienstencentrum ‘De Knoop’.

In de zomermaanden juli en augustus zijn reeds enkele voorbereidende lessen georganiseerd in de Standaertsite, een ontmoetingsplaats te Ledeberg waar veel groen centraal staat. Iedereen mag deelnemen en de toelatingsprijs bedraagt 50 eurocent per sessie.

Als onderzoekers hebben we enkele malen actief deelgenomen aan de beweeglessen. Op deze manier hebben wij kunnen ervaren hoe het voelt om zo’n beweegles te volgen, waardoor we ons beter in de schoenen van onze onderzoekspopulatie kunnen plaatsen. Tevens heeft dit ervoor gezorgd dat de onderzoekspopulatie ziet dat wij het niet erg vinden om samen met

hen te bewegen. Naar de toekomst toe heeft dit ervoor gezorgd dat de drempel om een interview af te nemen voor de deelnemers een pak lager ligt.

De deelnemers nemen een yogamatje en een paar dumbells mee naar de beweegsessie (dumbells variërend van 1 tot 5kg). Tijdens de les wordt er gedurende 1 uur gesport. De begeleidster toont oefeningen voor (met en zonder gewichten) en als deelnemer dien je deze te kopiëren. Er wordt vaak gestart met core stabilisation (buik- en rugspier versterkende oefeningen) en nadien worden er zowel oefeningen voor de ledematen (armen/benen) en cardio-oefeningen gegeven. Het bewegen gebeurt op muziek, waarbij input van de deelnemers ook gevraagd wordt (bv. doen we deze sessie 70's of 80's muziek?).

Vanaf begin september zijn de beweeglessen doorgegaan in het lokaal dienstencentrum 'De Knoop', vanaf dat moment zijn wij interviews beginnen afnemen. Na elke sessie hebben wij getracht diepte-interviews af te nemen bij de deelnemers van de beweeglessen.

Indien er slechts 1 deelnemer na een sessie geïnterviewd wenst te worden, hebben wij het interview met 2 onderzoekers uitgevoerd (2 onderzoekers, 1 deelnemer). Indien wij 2 personen hebben kunnen strikken voor een interview, doen wij 1-op-1 interviews (1 onderzoeker, 1 deelnemer). Een diepte-interview duurt maximaal 45 minuten.

4. Methodologie

Deze studie betreft een kwalitatief onderzoek. Data wordt verkregen aan de hand van interviews met verschillende deelnemers. In samenspraak met onze promotor, Dr. Decat, wordt er geopteerd voor de 'realist impact evaluation' om de data te verwerken en te analyseren.

4.1 Realist impact evaluation

De realist impact evaluation is een manier om een kwalitatief onderzoek te voeren en te evalueren. In plaats van te vertrekken uit de vraag 'Wat werkt er?' wordt er bij deze vorm van onderzoek vertrokken vanuit verschillende vragen rond een bepaalde interventie: 'Voor wie werkt dit?', 'In welke omstandigheden klopt dit?', 'Wat zijn hier de mechanismen van?' en 'Welke resultaten zullen we waarschijnlijk zien?'.

Hierbij wordt vooraf een CMO-hypothese geformuleerd. Deze hypothese gaat over context, mechanisme en outcome en kan gedurende het onderzoek bijgestuurd worden. Welke mechanismen, onder invloed van welke contextuele factoren, gaan binnen deze interventie tot welke outcome leiden?

4.2 CMO-hypothese

Binnen de gemeenschapsgerichte beweeginterventie bij ouderen stellen wij enkele mogelijke contextuele factoren, mechanismen en outcomes voorop:

Context:

- Deelnemers van verschillende leeftijden
- De groepssamenstelling (geslacht, etniciteit, etc.)
- De interventie is vanuit het wijkgezondheidscentrum georganiseerd
- De deelnemers staan allen open om aan sport te doen (gelijkgezinden m.b.t. sport)
- De interventie gebeurt onder begeleiding
- De interventie omvat fysieke activiteit

Mechanismen:

- De groepsdynamiek zorgt voor motivatie.
- De begeleiding zorgt voor een veilige omgeving.
- De continuïteit creëert een gewoonte die gemakkelijk in de agenda wordt ingepland.

Outcomes op biopsychosociaal model:

- Op biologisch vlak is er een toename van het fysieke prestatievermogen en een verbetering binnen de 5 motorische basiseigenschappen: uithoudingsvermogen, spierkracht, snelheid, lenigheid, coördinatie en techniek.
- Er is een toename van het psychologisch welbevinden, mensen voelen zich beter in hun vel en ervaren een toegenomen mentale weerbaarheid.
- Sociaal gezien is er contact met gelijkgezinden.

Hypothese:

"Een begeleide gemeenschapsgerichte beweeginterventie bij ouderen (context), welke op een continue wijze (vaste tijdstippen, plek, groep en lesgever) georganiseerd wordt (mechanisme), met aandacht voor de interne groepsdynamiek (mechanisme) en het creëren van een veilige omgeving (mechanisme), brengt verschillende biopsychosociale gevolgen (outcome) teweeg."

4.3 Interviews

De data waarmee we aan de slag zijn gegaan hebben we aan de hand van diepte-interviews met de deelnemers verkregen. Deze interviews gaan door net voor een beweegsessie of net na een beweegsessie in een apart lokaal van het dienstencentrum. Hiervoor is maximaal 45 minuten uitgerekend. Er is hen gevraagd een informed consent te tekenen. We hebben een vragenlijst gebruikt, maar gaan dieper in op verschillende antwoorden.

4.4 Analyse

De interviews zijn uitgetypt en vervolgens verwerkt aan de hand van het kwalitatief softwarepakket Nvivo. Verschillende quotes zijn gecodeerd. Die codes zijn opgesteld aan de hand van onze CMO hypothese vertrekkende vanuit context, mechanisme en outcome.

5. Resultaten

Aan de hand van de CMO-hypothese die we voor dit kwalitatief onderzoek hebben opgesteld, beschrijven we de resultaten. Aan de hand van interviews hebben we getoetst of die bovenstaande hypothese al dan niet klopt. Daarnaast hebben we mechanismen geformuleerd die in een specifieke context tot een bepaalde outcome leiden.

5.1 Mechanisme

5.1.1 Inclusiviteit

Door onder begeleiding te bewegen wordt er een **veilige omgeving** gecreëerd.

De bewegingsinterventie wordt begeleid door een lesgever die naast begeleider ook nog coach is bij bewegen op verwijzing en werkzaam is als kinesitherapeut in een ziekenhuis. Dit zorgt ervoor dat deelnemers met verschillende fysieke klachten **individueel aangepaste oefeningen** krijgen. De aanwezigheid van fysieke klachten is bij de doelgroep van gepensioneerden natuurlijk geen uitzondering.

Quote:

- “Onze lesgever doet dat goed, ze geeft ook soms 2 oefeningen aangepast aan ieders niveau. Er zijn opties voor alle niveaus aangepast aan de leeftijd en het kunnen.” [Interview 3]

- “We vinden het heel goed dat het hele lichaam wordt getraind. De oefeningen worden ook aangepast aan wat iemand kan. De lesgever past aan waar nodig.” [Interview 4]

Uit de interviews merken we dat de mogelijkheid tot aangepaste oefeningen de grote kracht is van de beweegsessies in het dienstencentrum. Mensen zijn vaak angstig in het begin omdat ze vrezen niet alle oefeningen aan te kunnen en dat ze hierdoor veroordeeld gaan worden in de groep. Dit is door de gezonde groepssfeer en de **toegankelijkheid** van de oefeningen allerminst het geval.

Quote:

- “Het is heel toegankelijk doordat de oefeningen individueel zijn en iedereen op eigen tempo doet wat hij kan. Als het niet gaat, gaat het niet” [Interview 8]

Er worden voor de meer belastende oefeningen alternatieven voorzien. Als een reguliere plank-oefening niet lukt, wordt er een alternatieve versie voorzien waarbij de belasting lager is. De oefening wordt dan bijvoorbeeld op de knieën gedaan. Na verloop van tijd krijgen de deelnemers dan **meer vertrouwen** en gaan ze de moeilijkere versie eens proberen.

5.1.2 Groepsdynamiek

Door de **groepsdynamiek** blijven deelnemers gemotiveerd.

Wij dachten vooraf dat we een hechte groep gingen treffen die elkaar motiveren en waar nieuwe vriendschappen ontstaan. De groepssfeer is heel gemoedelijk, maar er ontstaan geen nieuwe vriendschappen. Tijdens het observeren van verschillende sessies merken we dat er heel weinig met elkaar wordt gebabbeld en er eerder **verschillende kliekjes** zijn.

Quote:

- “In het begin is het moeilijk voor nieuwe deelnemers om zich in te passen. Ik probeer ze zelf aan te spreken en aan te moedigen om ze te motiveren, maar als je zelf het gesprek niet aangaat is het moeilijk om te integreren.” [Interview 6]

- “Ik ken naast de buurvrouw niemand, ik heb ook nog geen contact gezocht met andere deelnemers. Ik denk ook dat het uur hier een rol in speelt. Mijn man werkt thuis dus ik zorg voor het eten. Mocht het in de namiddag rond 15u zijn zou ik rapper zeggen, blijft iemand een koffie drinken?” [Interview 2]

Wat opvalt is dat de mensen die samen naar de groepslessen komen vaak geen toenadering zoeken tot de anderen en binnen hetzelfde groepje blijven. Dit zorgt wel voor een **motivatie binnen een groepje**, maar niet voor de gehele groep. Omdat de deelnemers samen komen naar de sessie wordt er geen toenadering naar andere deelnemers gezocht.

Quote:

- “Ik ben niet erg sociaal. Als mijn vriendin hier niet is hou ik mezelf op mijn eigen. Ik probeer sociaal te zijn, maar weet dat dat minder is bij mij. Desondanks stoort mij dat niet. Het is ook een gevaar als je met een vriendin komt. Ik ben meestal niet goed in groepen. Ik heb het moeilijk. In kleinere groepjes zou beter zijn voor mij.” [Interview 2]

- “Er wordt niet gebabbeld tijdens de sessies. Een kerstdrink zou mij niet aanspreken, toch niet als ik alleen moet komen. Maar met mijn vriendin zou ik komen.” [Interview 2]

De sfeer is **eerder gereserveerd** met focus op de oefeningen die aangeboden worden. Na de sessies gaat het overgrote deel van de groep rechtstreeks naar huis om voor het eten te zorgen gezien het einde van de sessie pal op de middag valt. Er wordt niet afgesloten met een drankje in de cafetaria.

Quote:

- “Ik kom samen met een groep Filipijnse vriendinnen naar verschillende sessies in het dienstencentrum. Wij organiseren feestjes en lachen graag. Na de zumbales blijven we vaak

iets drinken, maar na de beweegsessie wordt dit niet gedaan want de sfeer is iets meer gereserveerd." [Interview 1]

5.1.3 Herconditionering

In de interviews wordt door verschillende deelnemers verteld dat de interventie ervoor gezorgd heeft dat ze de weg naar het bewegen gemakkelijker terugvinden. Een deelnemer vermeldt dat ze sinds de start van de beweegsessies anders kijkt naar beweging, de sessies hebben haar **mindset** veranderd. Na analyse van de interviews zijn er 3 submechanismen die gelinkt kunnen worden met dit fenomeen van **herconditionering** waarbij de deelnemers een **nieuwe ingesteldheid** krijgen betreffende sporten en beweging:

1. **Plezier** vinden in beweging

Deelnemers vertellen dat ze de beweeginterventie als amusant ervaren en dat ze zich goed amuseren tijdens een beweegles. Er zijn verschillende factoren die hierin een rol spelen. Er zijn enkele contextuele factoren die inspelen op het submechanisme 'plezier vinden'. Zo is er bijvoorbeeld de **muziek** die tijdens de sessies gespeeld wordt, dit is meestal 70's en 80's muziek. Voor heel wat deelnemers is dit muziek vanuit hun jonge jaren.

Quote:

- "Ik vind het altijd leuk als er disco-muziek gespeeld wordt. Het is soms moeilijk om op die momenten mijn heupen in bedwang te houden. Ik betrap mijzelf er op dat ik soms wel eens met mijn billen aan het schudden ben als het een leuk liedje is." [Interview 4]

2. Beweging in het **dagelijkse leven**

De beweegsessies zijn een opstap naar incorporeren van **ander vormen van bewegen** in het dagelijkse leven, bijvoorbeeld vaker ergens naartoe wandelen of de fiets nemen voor kleine verplaatsingen of de trap nemen in plaats van de lift. Enkele deelnemers die als groep de beweegsessie volgen, gaan op de andere dagen ook samen naar andere sessies. Zo volgt de groep Filipijnse vriendinnen verschillende activiteiten die doorgaan in het dienstencentrum. Anderen gaan samen wandelen om actief te blijven op de andere dagen.

Quote:

- "Dankzij de beweegsessies heb ik nieuwe manieren leren kennen om spieren te trainen. Vroeger trainde ik de buikspieren bijvoorbeeld anders. Daarnaast merk ik dat ik actiever ben en meer energie heb. Ik doe veel meer thuis in het huishouden." [Interview 5]

- "Ik ga nu regelmatig gaan wandelen met mijn kleinkinderen in de vakantie of het weekend. Het is maar een blokje om hoor, een tweetal kilometer, maar het doet toch deugd." [Interview 7]

3. **Continuïteit**

Door de continuïteit van de beweegsessies wordt er een gewoonte gecreëerd die gemakkelijk in de agenda wordt ingepland.

De sessies gaan wekelijks door op een **vast tijdstip**, op een **vaste plaats**, met **dezelfde lesgever** en frequent met **dezelfde groep**. Dit zorgt voor een gemakkelijk inplannen in de agenda. De geïnterviewden geven aan dat ze het aangenaam vinden dat er een vorm van continuïteit aanwezig is, dit zorgt ervoor dat ze elke week steevast aanwezig kunnen zijn.

Quote:

- “Ik vind het gemakkelijk dat de les elke week op hetzelfde moment en door dezelfde lesgever gegeven wordt, ondertussen kennen we haar al een beetje. Voor mij zou het 2 keer in de week mogen zijn.” [Interview 5]

5.2 Context

5.2.1 Groep

De groep bestaat voornamelijk uit vrouwen, er is slechts 1 mannelijke deelnemer. Doorheen de verschillende sessies zijn er enkele jongere deelnemers geweest, maar zij zijn geen consistente deelnemers. De gemiddelde leeftijd is hoger dan 65 jaar. Alle deelnemers die we hebben geïnterviewd zijn gepensioneerd.

Aangezien er een **overwicht aan vrouwelijke deelnemers** is, melden geïnterviewden dat mannelijke deelnemers snel afgeschrikt worden. Een echtgenoot van een van de deelnemers wil niet mee komen omdat er te weinig andere mannelijke deelnemers zijn. Uit het interview met de ene mannelijke deelnemer vermeldt hij dat hij zich in een vrouwenwereld bevindt. Dit heeft voor hem een impact op de onderlinge communicatie en de groepsdynamiek. Hij houdt zich op de achtergrond en zoekt geen toenadering tot de andere deelnemers. Hij geeft aan dat hij het spijtig vindt dat er geen andere mannelijke deelnemers zijn. Volgens hem zou een evenwicht tussen het aantal mannen en vrouwen het samenhorigheidsgevoel van de groep verhogen en er voor zorgen dat er na de sessie al eens samen een activiteit wordt ingepland.

Quote:

- “Het is opvallend, er zijn 16 deelnemers vandaag en ik ben de enige man. Dit is altijd zo bij sporten in groep. Als er in de beweeginitiatieven waar ik aan deelgenomen heb 10% mannen aan meedoen, zal dat veel zijn. Het zijn bijna steeds alleen maar vrouwen. Eens samen een pintje gaan drinken na het sporten zit er niet in. Nu is de sessie gedaan en gaan we onmiddellijk naar huis. Ik denk dat we sneller eens op café iets zouden gaan drinken en wat napraten mochten er meer mannen aanwezig zijn. Ik weet dat ik toch sneller zou meegaan.” [Interview 7]

- “Mijn man wil niet meegaan naar de beweegles omdat hij bang is dat hij de enige man zal zijn. Er is nog een andere man in de sessies aanwezig, maar dat is voor hem onvoldoende.” [Interview 4]

Daarnaast heeft de leeftijd een impact op de inclusiviteit. Aangezien het allemaal deelnemers zijn van een **pensioengerechtigde leeftijd**, hebben velen onder hen verschillende medische aandoeningen waardoor ze niet alle oefeningen kunnen uitvoeren. Uit de interviews blijkt dat heel wat deelnemers het belangrijk vinden dat de oefeningen aangepast worden aan het niveau en dat er geen veroordeling is vanuit de groep als er een oefening niet lukt.

Quote:

- “Onze lesgever doet dat goed, ze geeft ook soms 2 oefeningen aangepast aan ieders niveau. Er zijn opties voor alle niveaus, aangepast aan de leeftijd en het kunnen.” [Interview 3]

5.2.2 Locatie

De sessies gaan door in het lokaal dienstencentrum ‘De Knoop’. Bij goed weer gaan de beweeglessen in de tuin van het dienstencentrum door, de deelnemers kunnen dan buiten in de open lucht sporten. Bij minder weer worden de sessies gegeven in een lokaal van het dienstencentrum.

De **deelnemers wonen allemaal dicht bij het dienstencentrum**, uit de interviews blijkt dat er verschillende deelnemers elkaar kennen uit het straatbeeld. Dit gegeven heeft een impact op de groepsdynamiek, deelnemers in de interviews geven aan dat dit ervoor kan zorgen dat de drempel om toenadering te zoeken hierdoor verlaagt. Zo is er het voorbeeld dat hierboven reeds vermeld staat van de groep Filipijnse vriendinnen die in dezelfde buurt woont. Zij doen regelmatig in de buurt samen activiteiten.

5.2.3 Lesgever

De sessies worden gegeven door iemand die naast het begeleiden van de sessies ook werkzaam is als kinesitherapeut en BOV-coach.

Door de uitgebreide ervaring van de lesgever kunnen de oefeningen op creatieve wijze **aangepast worden aan het niveau** van de deelnemers. De deelnemers zijn het er tevens over eens dat de lesgever op een heel **enthousiaste** en amusante manier lesgeeft. Ze probeert de sfeer luchtig te houden en gebruikt regelmatig **humor** om hen te motiveren. In de interviews vertelt men dat dit een grote impact heeft op het gevoel van inclusiviteit en het (terug)vinden van plezier in bewegen.

Quote:

- “Ik heb slijtage aan de rug van het zware lichamelijke werk van vroeger en daardoor zijn oefeningen zoals planken heel moeilijk voor mij. De lesgever geeft mij aangepaste oefeningen

die minder belastend zijn voor de rug. Zo kan ik toch met plezier deelnemen aan de beweegsessie." [Interview 6]

5.2.4 Covid-19

Onze evaluatie van de gemeenschapsgerichte beweeginterventie heeft plaatsgenomen tijdens de Covid-pandemie. Dit zorgt ervoor dat de sessies zoveel mogelijk buiten zijn georganiseerd. Op momenten dat dit niet mogelijk is (bv. door het slechte weer), gaan de sessies toch binnen door met voldoende aandacht voor ventilatie.

Deelnemers vertellen in de interviews dat het toch even wennen is om na een tijd van **voorzichtigheid en mijden van sociaal contact** opnieuw deel te nemen aan groepslessen en dan nog eens toenadering te zoeken. In de interviews wordt aangegeven dat dit een duidelijke impact heeft gehad op het sociale contact en de dynamiek binnen de groep. Mensen durven minder snel eens wat dichter te komen en zichzelf voor te stellen en een babbeltje te slaan.

Quote:

- "Na zolang het sociaal contact te moeten mijden uit schrik om besmet te geraken met Covid is er toch wel een drempel om binnenskamers groepslessen te volgen." [Interview 8]

Tijdens de pandemie hebben tevens heel wat **activiteiten en andere beweeglessen stilgelegen**. Zo is er een deelnemer die vertelt dat ze al meer dan een jaar niet naar de yogalessen is kunnen gaan, dit vermoeilijkt het incorporeren van beweging in het dagdagelijkse leven. Zij merkt dat bewegen nu wat stroever verloopt dan voor de pandemie.

Quote:

- "Plots viel alles stil en heb ik omwille van mijn astma lange tijd al het sociale contact gemeden. Ook conditioneel ben ik achteruitgegaan." [Interview 5]

5.2.5 Kostprijs

Het kost deelnemers **50 eurocent** om deel te nemen aan de gemeenschapsgerichte beweegsessie, in de interviews geven zij aan dat de lage kostprijs de **drempel verlaagt** tot deelname. Er is een deelnemer die aangeeft dat zij voordien beweeglessen heeft gevolgd in een sporthal te Lochristi waarbij zij 50 euro heeft betaald voor een tienbeurtenkaart. De lesgever heeft toen aan de groep aangegeven dat er goedkopere sessies bestaan aan €0.50 per sessie en zo is deze deelnemer op de beweeginterventie in het lokaal dienstencentrum 'De Knoop' gestuit.

5.3 Outcome

5.3.1 Biologisch

In de interviews wordt er geen toename binnen de 5 motorische basisvaardigheden (uithoudingsvermogen, spierkracht, snelheid, lenigheid en techniek & coördinatie) vermeldt. Wat wel naar voor komt, is een toename in energie en een toegenomen motivatie om andere sporten te beoefenen. Daarnaast wordt in de interviews ook aangegeven dat het gemakkelijker is om op andere facetten van gezondheid (bv. voeding) in te zetten wanneer het gecombineerd wordt met bewegen.

De geïnterviewden zeggen dat men **meer energie en motivatie** (outcome) ervaart ten gevolge van de beweegsessies. Het voornaamste mechanisme dat hieraan gelinkt wordt, is de herconditionering:
De sessies gaan steeds op dezelfde plaats door en worden gegeven door dezelfde lesgever (context). Door de deelnemers wordt de dinsdagmiddag steevast het moment waarop ze gaan bewegen in groep (continuïteit – submechanisme van herconditionering). Door op een regelmatige basis met beweging bezig te zijn, geven deelnemers aan dat dit ervoor zorgt dat ze tevens op andere momenten in de week sneller gaan bewegen, zo neemt men gemakkelijker de fiets of maakt men sneller eens een wandeling (beweging in het dagelijkse leven – submechanisme van herconditionering). Het frequenter bewegen in het dagdagelijkse leven en de vaste weekstructuur rond beweging zorgen ervoor dat de deelnemers het gevoel hebben meer energie te hebben (outcome).

Quote:

- “In het appartementsgebouw waar ik op het 2e verdiep woon, neem ik altijd de trap. Sinds 1 jaar doe ik dat, sinds dat ik met beweeglessen bezig ben. Ik voel mij mentaal wel beter, ik kan opnieuw mee met jongere mensen. Ik voel energieker, ja. Ik doe nu fiets- en wandeltochten. Als mijn partner in het verleden vroeg om samen te wandelen, moest ik vaak zeggen dat ik hier geen zin of energie voor had. Nu ben ik degene die voorstelt om te gaan wandelen.” [Interview 3]

Deelnemers vermelden dat het gemakkelijker is om beweging te **extrapoleren naar andere facetten van een gezonde levensstijl**. Iets wat heel wat deelnemers vermelden, is dat ze door de beweegsessies wat gewicht verloren zijn. In een interview wordt vermeld dat men door frequenter te bewegen ook onbewust meer op de **voeding** let en dat het gewichtsverlies het gevolg is van én meer bewegen én gezonder eten.

Quote:

- “Van het vele bewegen ben ik 6kg vermagerd. Sinds de beweeglessen is het ook gemakkelijker om op de voeding te letten. Je beweegt, je bent bezig met jouw gezondheid en voeding speelt hier ook een belangrijke rol in hé. Het zou zonde zijn om alle verbrande calorieën er opnieuw bij te nemen door na de beweegles een taartje te eten.” [Interview 6]

Ten gevolge van de herconditionering (mechanisme) wordt er een nieuwe ingesteldheid gecreëerd rond beweging, maar tevens rond andere gezondheidsfacetten zoals voeding (outcome).

5.3.2 Psychologisch

Een deelnemer vermeldt dat de beweegsessies ook voor het geestelijke welzijn zorgen. Na een sessie voelt hij zich **beter in zijn vel** en **meer ontspannen**. Een andere deelnemer zegt dat ze door de toename van energie (biologische outcome) opnieuw mee kan met haar kleinkinderen, wat voor een mentale boost zorgt.

Quote:

- “Fysiek en geestelijk blijf je merkelijk beter. Na mijn pensioen heb ik opnieuw meer sport kunnen opnemen en ik merk dat ik mij beter voel in mijn vel, ik ben meer ontspannen. Ik voel een zekere voldaanheid na het sporten.” [Interview 7]

In een interview vertelt een andere deelnemer dat ze **meer zelfvertrouwen** ervaart sinds de start van de beweegsessie. Ze voelt zich energieker en ze is reeds enkele kilo’s verloren (biologische outcome), hierdoor is ze meer zelfverzekerd.

De biologische outcome-factoren (meer energie, meer aandacht voor andere facetten van gezondheid bv. voeding) gaan indirect een impact hebben op psychologische outcome-factoren, zoals gevoel van ontspanning en zelfvertrouwen.

5.3.3 Sociaal

Tijdens de sessies heerst er een **vrij gemoedelijk en aangename sfeer** volgens de deelnemers, maar deze is eveneens **gereserveerd**. Er wordt bijna geen toenadering gezocht tussen verschillende deelnemers. Dit zorgt ervoor dat het sociaal contact eigenlijk vrij beperkt is. Vriendinnen die samen naar de beweegsessies komen, maken er wel een sociale uitstap van. Deelnemers geven echter wel aan dat er tussen de individuen onderling **geen nieuwe vriendschappen** ontstaan, maar dat ze wel eens goedendag zouden zeggen tegen elkaar (en eventueel een klein babbeltje slaan) mochten ze elkaar tegenkomen in het straatbeeld.

De sessies worden gegeven tijdens een pandemie (context), waardoor er toch enige mate van voorzichtigheid aanwezig is betreffende het opzoeken van sociaal contact. De groep (context) bestaat voornamelijk uit vrouwen, er is slechts één mannelijke deelnemer. Er zijn tevens

weinig deelnemers die alleen komen, meestal komen de deelnemers in vaste kliekjes toe op de beweegsessie (bv. de groep Filipijnse vriendinnen). Deze twee contextuele factoren (pandemie en groep) zorgen ervoor dat er minder sociale toenadering wordt gezocht en dat dit een mogelijks inhiberend effect heeft op de groepsdynamiek (mechanisme). Aangezien er minder toenadering wordt gezocht, worden er minder vriendschappen gemaakt en blijft het contact eerder oppervlakkig (outcome).

Quote:

- “Er ontstaan geen nieuwe vriendschappen, maar er is wel een oppervlakkig gesprek. Bij de Tai Chi is er een langere pauze waar er wel meer contact is. Los daarvan is de sfeer wel aangenaam.” [Interview 3]

- “Ik ken naast de buurvrouw niemand, ik heb ook nog geen contact gezocht met andere deelnemers. Ik ben niet erg sociaal. Als mijn vriendin hier niet is, hou ik mezelf op mijn eigen." [Interview 2]

6. Discussie

De CMO-hypothese vermeldt dat er binnen deze gemeenschapsgerichte beweeginterventie verschillende mogelijke **mechanismen** zijn die onder invloed van bepaalde contextuele factoren tot een eventuele outcome kunnen lijden.

Allereerst stelt de hypothese dat de **begeleiding een veilige omgeving** creëert waarin ouderen kunnen sporten. Vervolgens wordt er geopperd dat de **groepsdynamiek** een motiverende werking kan hebben, deze zou zorgen voor een blijvende motivatie tot beweging. Tot slot wordt vooropgesteld dat **continuïteit** van de sessies een gewoonte creëert waardoor een beweegsessie gemakkelijk in de agenda wordt gepland.

Na het uitvoeren van de interviews en het analyseren van de data komen er 3 belangrijke mechanismen naar voren, zijnde **inclusiviteit**, **groepsdynamiek** en **herconditionering**. In onderstaande tekst nemen we deze mechanismen verder onder de loep.

Enerzijds kijken we indien er een overeenkomst bestaat tussen de vooropgestelde CMO-hypothese en de mechanismen die we uit de interviews kunnen extraheren.

Anderzijds wordt nagegaan indien deze nieuwe mechanismen in de literatuur reeds beschreven zijn. Worden de onderwerpen inclusiviteit, groepsdynamiek en/of herconditionering besproken in studies betreffende gemeenschapsgerichte beweeginterventies?

Vanuit deze gegevens worden aanbevelingen geformuleerd, gericht naar organisatoren van toekomstige gemeenschapsgerichte beweeginterventies.

6.1 Inclusiviteit

Na de verwerking en het analyseren van de data wordt **inclusiviteit** weerhouden als een belangrijk mechanisme binnen deze interventie. In de interviews vertellen heel wat deelnemers dat ze ervaren deel te zijn van een groep waarbij iedereen sport op zijn of haar eigen niveau. De begeleidster voorziet steeds alternatieve oefeningen als een bepaalde oefening niet lukt. De groep is niet veroordelend ten opzichte van anderen als men voor de alternatieve oefening kiest of als men een bepaalde oefening eens overslaat.

Het mechanisme van inclusiviteit komt overeen met het vooropgestelde mechanisme van de CMO-hypothese, zijnde een veilige omgeving gecreëerd door de begeleiding.

In een studie uit Noord-West Engeland [22] ligt de focus op een dienstencentrum in een kansarme wijk waar verschillende projecten doorgaan. Deze projecten gaan van het opknappen en onderhouden van de tuin tot het organiseren van (sport)activiteiten in groep. Er wordt nagegaan wat de impact is van de gemeenschapsgerichte interventie op gezondheid, welzijn en sociale inclusie.

De auteurs geven verschillende redenen waarom deze projecten een positief effect hebben op het psychisch, fysiek en sociaal welzijn van de deelnemers. Ten eerste geeft het deelnemen aan de activiteiten de deelnemers de mogelijkheid om te ontsnappen aan de dagdagelijkse routine en de problemen waar ze elke dag mee te maken hebben. Ten tweede worden er verschillende rollen toebedeeld aan de deelnemers van de studie (bv. iemand is tuinverantwoordelijke, iemand anders winkelverantwoordelijke). De geïnterviewden geven aan dat dit ervoor zorgt dat ze het gevoel hebben deel te zijn van een groter geheel. Tot slot vertellen deelnemers dat de projecten een veilige en ondersteunende ruimte gecreëerd hebben waar zij zich comfortabel voelen om in sociale interactie te treden met anderen als deel van een gemeenschap.

We leggen de link met het mechanisme inclusiviteit. Inclusiviteit wordt in onze studie namelijk gedefinieerd als het gevoel deel uit te maken van de groep, ongeacht het individuele prestatievermogen. De associatie tussen inclusiviteit (mechanisme) en lesgever (context) wordt gelegd, zo'n link wordt in de literatuur echter nog niet beschreven. In onze studie speelt de lesgever een cruciale rol in het gevoel van inclusiviteit.

Een eerst aanbeveling naar organisatoren van toekomstige beweeginterventies is dan ook voldoende aandacht te besteden aan het kiezen van een **geschikte lesgever** (context). Een lesgever van een beweeginterventie dient enkele belangrijke eigenschappen te bezitten. Hij of zij moet voldoende **sociaal interactievermogen** bezitten om alle deelnemers te betrekken in de sessie. **Achtergrondkennis met betrekking tot fysiek functioneren** is tevens belangrijk, in onze studie worden de sessies begeleid door een kinesitherapeut die binnen een ziekenhuis op de revalidatieafdeling werkt. **Creativiteit** tijdens het geven van de lessen is van groot belang om voldoende alternatieven aan te bieden indien een bepaalde oefening niet lukt, op deze manier kan iedereen op diens eigen niveau meesporten en wordt het gevoel van inclusiviteit bevorderd.

Een tweede aanbeveling is dat men niet per se gefocust moet zijn om het gevoel van inclusiviteit te creëren bij een nieuwe groep ouderen, maar dat men ook kan vertrekken vanuit een groep waar het gevoel van **inclusiviteit reeds aanwezig** is. Het kan interessant zijn om een beweeginterventie te organiseren binnen een groep waarbij men al verschillende activiteiten samen doet en dat men kijkt om hier beweegsessies aan toe te voegen, denk maar aan verenigingen zoals OKRA of Ferm (voordien KVLV).

6.2 Groepsdynamiek

Een tweede mechanisme dat verder geanalyseerd wordt is de **groepsdynamiek**. De initiële gedachtegang was dat de beweegsessies nieuwe vriendschappen teweeg zouden brengen, in realiteit zien we echter dat dit toch anders verloopt dan verwacht. De deelnemers die tijdens en na de sessies met elkaar praten, zijn degene die elkaar reeds goed kennen van voor de beweegsessie. De deelnemers komen dan ook vaak samen in groepjes toe.

Het is interessant om in deze studie het verschil tussen de intragroepsdynamiek (het gedrag binnen een sociale groep) en de intergroepsdynamiek (het gedrag tussen verschillende sociale groepen) op te merken.

Binnen de **intragroepsdynamiek** valt een vrij **losse en ontspannen sfeer** op. Een mooi voorbeeld om dit te schetsen, is de groep van Filipijnse vriendinnen die samen naar de beweegsessies komen. In deze groep wordt veel gelachen, tijdens de oefeningen door worden regelmatig mopjes gemaakt. Het sociale contact dat wij hebben opgemerkt tijdens de sessies kadert voornamelijk binnen deze vorm van groepsdynamiek.

Binnen de **intergroepsdynamiek** is de sfeer eerder **gereserveerd**. De verschillende kliekjes communiceren weinig tot niet met elkaar, maar beperken zich tot communicatie binnen de eigen groep. De mensen heten elkaar welkom bij het begin van een beweegsessie en zeggen allen vaarwel op het einde, maar veel uitgebreider contact tussen de verschillende groepjes is er vaak niet.

Het mechanisme van groepsdynamiek is een mechanisme dat in de CMO-hypothese reeds voorgesteld wordt, maar het is pas na het verwerken en analyseren van de interviews dat het verschil tussen intra- en intergroepsdynamiek duidelijk wordt.

In de literatuur zijn er geen specifieke studies teruggevonden die de groepsdynamiek binnen gemeenschapsgerichte beweeginterventies bij ouderen bespreken. Het verschil tussen intra- en intergroepsdynamiek komt tevens weinig aan bod. Er is echter wel een Zweedse studie [23] die onderzoekt wat het effect is van groepsgerichte beweegsessies (met focus op het evenwicht) bij ouderen die lijden aan de ziekte van Parkinson. De participanten geven aan dat de groepsoefeningen niet alleen het evenwichtsgevoel verbeterd hebben, maar dat ze het groepsgegeven tevens ervaren hebben als een manier om beter om te gaan met hun aandoening. De auteurs concluderen dat deze interventie een omgeving creëert waarin de levenskwaliteit voor personen met de ziekte van Parkinson geoptimaliseerd wordt. Het gevoel van sociale verbintenis en de uitwisseling van gemeenschappelijke ervaringen dragen hiertoe bij.

We merken een belangrijk verschil op tussen de Zweedse studiepopulatie en de doelgroep binnen onze eigen studie. In de Zweedse studie komt het gegeven van intragroepsdynamiek meer naar voor. De dynamiek die aanwezig is en het gevoel van sociale verbintenis berust zich op het feit dat alle deelnemers lijden aan de ziekte van Parkinson. De auteurs concluderen dat het organiseren van groepsoefeningen voor deze populatie een platform creëert waarbij de deelnemers elkaar ondersteunen en helpen om beter met de aandoening om te gaan. Dit gevoel van gemeenschapszin is volgens de auteurs de voornaamste ondersteunende factor van de groepsdynamiek.

Het extrapoleren van de conclusie uit de Zweedse studie naar onze eigen studiepopulatie zou om die reden een belangrijke selectiebias kunnen vormen. Het vooraf gedefinieerde gevoel

van verbintenis die de groep ouderen met Parkinson ervaren, bestaat niet bij de deelnemersgroep in onze studie.

Voor een derde aanbeveling baseren we ons op de literatuur. In de Zweedse studie worden heel wat oefeningen per 2 of meer uitgevoerd, waarbij men regelmatig wisselt van partner en voldoende pauzemomenten inlast. Dit zorgt ervoor dat de mogelijkheid er is om met iedereen een gesprek aan te gaan. Wij raden aan om naast individuele oefeningen in groep ook oefeningen aan te bieden waarbij men moet samenwerken.

Een vierde aanbeveling focust zich op het optimaliseren van de groepsdynamiek door het incorporeren van een sociale activiteit in de beweegsessies. De georganiseerde sessies starten vaak in de zomermaanden. Indien het mooi weer is, zou er bijvoorbeeld een "kennismakingsbarbecue" georganiseerd kunnen worden. Op die manier leren de deelnemers elkaar kennen in een ontspannen sfeer, vooraleer de effectieve beweegsessies van start gaan. Een Nieuwjaarsdrink organiseren waarbij deelnemers met partner uitgenodigd worden, kan volgens ons de intergroepsdynamiek tevens versterken.

6.3 Herconditionering

Een derde en laatste mechanisme dat weerhouden wordt, is **herconditionering**. We hebben herconditionering gedefinieerd als de verandering van mindset rond beweging. De mindset wordt beïnvloed door 3 submechanismen: plezier vinden in beweging, beweging in het dagelijkse leven en continuïteit.

In de vooropgestelde CMO-hypothese wordt het mechanisme continuïteit beschreven, waarbij verwacht wordt dat een regelmaat in het organiseren van de sessies leidt tot het vlot inplannen in de agenda. Na de interviews kunnen we besluiten dat we continuïteit in een breder geheel dienen te zien, namelijk als submechanisme van herconditionering. Het op een continue wijze inplannen (zelfde tijdstip, plaats, lesgever en groep) van de beweegsessies zorgt er mee voor dat de perceptie rond bewegen verandert. Het vinden van plezier in beweging en het incorporeren van dagelijkse beweging zijn 2 andere submechanismen die het mechanisme herconditionering ondersteunen.

We koppelen terug naar de uitgevoerde literatuurstudie uit het onderdeel inleiding (zie 1.2.1 literatuuronderzoek). In enkele studies wordt een vorm van herconditionering beschreven na het volgen van de gemeenschapsgerichte beweeginterventie. In het onderzoek van Cowper et al. [7], de PACE-lift studie [8,9] en Martin-Borràs et al. [13] wordt gezien dat het niveau van fysieke activiteit verhoogt na de uitgevoerde interventie en verhoogd blijft tot jaren na de interventie. Dit komt, volgens Martin-Borràs et al [13], ten gevolge van het incorporeren van dagelijkse wandelingen en het frequenter inplannen van bewegingsmomenten.

Een vijfde aanbeveling, ditmaal met betrekking tot herconditionering – plezier vinden in beweging, is dat muziek een goede tool is om plezier tijdens een beweegsessie op te wekken.

De meerderheid van de deelnemers vindt het tevens een meerwaarde dat zij zelf mee verantwoordelijk zijn welke muziek er gespeeld wordt tijdens de sessies. Het voorstel is dat de lesgever samen met de deelnemers de muziekkeuze bespreekt. Het gebruik van muzikale streamingdiensten (denk bv. aan Spotify) kan helpen om een passende afspeellijst te maken.

Een zesde aanbeveling is om de vaste beweegsessies (waarbij oefeningen worden gegeven) aan te vullen met extra momenten waarop men met de groep eens gaat gaan wandelen of fietsen. Op deze manier verlaag je de drempel tot dagdagelijkse beweging en stimuleer je de deelnemers om voor kortere afstanden de auto eens in de garage te laten staan.

Een zevende en laatste aanbeveling bespreekt het mechanisme continuïteit. Uit interviews wordt aangegeven dat de deelnemers het een goede zaak vinden dat een sessie steeds op dezelfde plaats doorgaat, door dezelfde lesgever gegeven wordt en door dezelfde groep gevolgd wordt. Hier en daar horen wij wel de opmerking dat het tijdstip van de sessies niet ideaal is. Na de beweegles gaat iedereen onmiddellijk naar huis om aan het middageten te starten. Zowel de deelnemers als wijzelf zijn voorstander om het tijdstip van de interventie niet rond het middaguur te plannen, maar eerder in de voormiddag (bv. rond 10u) of in de namiddag (bv. rond 15u). In een interview wordt aangehaald dat na een voormiddagsessie (die dan om 11u zou eindigen) een aperitiefje gedronken kan worden. Na een namiddagsessie (die om 16u zou stoppen) kan men een koffie met taartje nuttigen.

7. Limitaties

Deze studie van een gemeenschapsgerichte beweeginterventie heeft enkele beperkingen. De studie bevat een beperkt aantal deelnemers. We hebben enkel regelmatige deelnemers geïnterviewd, waardoor de mechanismen en drempels gemist worden die consequente deelname in de weg staan. De participanten waarmee we een gesprek hebben gehad, zijn allen enthousiast en brengen een positief verhaal. Dit kunnen we ook afleiden uit het feit dat ze blijven deelnemen. Een gemis in deze studie is dat er geen interviews zijn met mensen die slechts enkele keren hebben deelgenomen aan de beweegsessies en snel zijn afgehaakt. Uit deze gesprekken kunnen er werkpunten en opmerkingen gehaald worden om de beweeginterventie te optimaliseren.

Tevens is er sprake van een eerder korte opvolgingsperiode. De tijdspanne tussen het volgen van de eerste beweegsessie en het uitvoeren van het laatste interview bedraagt slechts een drietal maanden. Het zou interessant zijn om enkele mechanismen (zoals bv. herconditionering) op langere termijn te evalueren, zo kunnen we zien indien deze na enkele maanden nog steeds relevant zijn voor onze studie.

Het leefmilieu waarbinnen de evaluatie heeft plaatsgevonden, zijnde de covidpandemie, heeft een duidelijke impact op het onderlinge sociale contact. Zoals hierboven reeds beschreven staat, heeft deze contextuele factor het mechanisme groepsdynamiek beïnvloed. Wat indien er geen pandemie zou zijn? Hoe zou de groepsdynamiek er dan uitzien? De vraag is natuurlijk als we de covidpandemie als een limitatie dienen te aanschouwen of als een nieuwe realiteit.

8. Besluit

Binnen de context van een gemeenschapsgerichte beweeginterventie bij ouderen wordt gezien dat inclusiviteit, groepsdynamiek en herconditionering de centrale mechanismen zijn die ervoor zorgen dat de deelnemers biopsychosociale effecten ervaren. Enerzijds zien we op biologische vlak een toename in het energieniveau en het implementeren van een gezondere levensstijl. Anderzijds is er op psychologisch vlak sprake van meer ontspanning en zelfvertrouwen. Tot slot zijn de effecten op sociaal vlak eerder beperkt, het contact blijft oppervlakkig en er ontstaan weinig nieuwe vriendschappen.

We besluiten deze studie graag met volgende aanbevelingen voor nieuwe gemeenschapsgerichte beweeginterventies voor ouderen:

1. Voorzie een geschikte lesgever met voldoende sociaal interactievermogen, achtergrondkennis met betrekking tot fysiek functioneren en creativiteit
2. Vertrek vanuit een groep waar het gevoel van inclusiviteit reeds aanwezig is.
3. Implementeer zowel individuele oefeningen als oefeningen waarbij men moet samenwerken.
4. Organiseer tevens een sociale activiteit in de beweegsessie.
5. Spreek samen met de deelnemers af welke muziek er tijdens de sessie gespeeld wordt.
6. Plan extra wandel- en/of fietstochten in om dagelijkse beweging te stimuleren.
7. Kies een vast tijdstip dat niet rond eetmomenten valt.

Deze beweeginterventie wordt georganiseerd door stad Gent en het lokale wijkgezondheidscentrum. Onze aanbevelingen beperken zich echter niet alleen tot hen, wij wensen meerdere actoren in de eerste lijn (en daarbuiten) aan te spreken. Een interventie zoals deze kan tevens opgezet worden vanuit de huisartsen- of kinesitherapeutpraktijk, de BOV-coach, etc. Men kan samenwerken met verenigingen voor ouderen (bv. OKRA of Ferm), sportorganisaties voor ouderen (S-Sport // Recreas) en woonzorgcentra om op deze wijze beweging bij ouderen te promoten.

9. Dankwoord

Graag bedanken wij het lokale dienstencentrum ‘De Knoop’. Wij zijn heel dankbaar dat wij gedurende 3 maanden de beweegsessies hebben mogen volgen en de deelnemers van de sessies hebben mogen interviewen.

Vervolgens zouden wij graag de begeleidster van de beweegsessies, Anouk Windey, wensen te bedanken voor het enthousiast organiseren van elke sessie en voor het warm maken van de deelnemers om zich na een sessie te laten interviewen. Wij zijn ervan overtuigd dat het jeugdig enthousiasme van Anouk aanstekelijk gewerkt heeft en ervoor gezorgd heeft dat de deelnemers meer geprikkeld waren om na de beweegsessie tijdens de interviews feedback over de sessies te geven.

Tot slot zouden wij graag onze promotor, dr. Peter Decat, wensen te bedanken. Ten gevolge van de covidpandemie hebben wij minder frequent dan gehoopt in persoon kunnen afspreken, maar in de regelmatige Zoomsessies heeft dr. Decat ons goed kunnen begeleiden. Hij heeft ons onder andere de principes van de ‘realist impact evaluation’ en ‘CMO-hypothese’ bijgebracht. Tevens heeft hij ons geholpen tot de kern van de zaak te blijven bij het verwerken van de interviews. Hij heeft ons goed gesteund in het schrijven van onze thesis, waarvoor dank!

10. Referentielijst

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.

2. Zubala A, MacGillivray S, Frost H, Kroll T, Skelton D, Gavine A, et al. Promotion of physical activity interventions for community dwelling older adults: A systematic review of reviews. PLoS One. 2017 Juli 10;12(7):e0180902.

3. Scholes S, Mindell J. Physical activity in adults (chapter 2). In: Health Survey for England 2012, Vol.1. The Health and Social Information Centre: 2012. p18-21. Beschikbaar van: http://healthsurvey.hscic.gov.uk/media/1022/chpt-2_physical-activity-in-adults.pdf.

4. Bromley C. Physical Activity. In: The Scottish Health Survey, Vol.1. A national statistics publication for Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2012. p161-167. Beschikbaar van: http://www.gov.scot/resource/0043/00434590.pdf.

5. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. Health Rep. 2011 Maart;22(1):7-14.

6. Dolovich L, Oliver D, Lamarche L, Thabane L, Valaitis R, Agarwal G, et al. Combining volunteers and primary care teamwork to support health goals and needs of older adults: a pragmatic randomized controlled trail. CMAJ. 2019 mei;191:491-500.

7. Cowper P, Peterson M, Pieper C, Sloane R, Hall K, McConnell E, et al. Economic analysis of primary care-based physical activity counseling in older men: the VA-LIFE trial. J Am Geriatr Soc. 2017 maart;65(3):533-539.

8. Harris T, Kerry S, Limb E, Furness C, Wahlich C, Victor C, et al. Physical activity levels in adults and older adults 3±4 years after pedometer-based walking interventions: Long-term follow-up of participants from two randomised controlled trials in UK primary care. PLoS Med. 2018 maart;15(3):e1002526.

9. Harris T, Limb E, Hosking F, Carey I, DeWilde S, Furness C, et al. Effect of pedometer-based walking interventions on long-term health outcomes: Prospective 4-year follow-up of two randomised controlled trials using routine primary care data. PLoS Med. 2019 juni;16(6): e1002836.

10. Arija V, Villalobos F, Pedret R, Vinuesa A, Timon M, Basora T, et al. Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the "Pas-a-Pas" community intervention trial. BMC Public Health. 2017 Jun 15;17(1):576.

11. Castell M, Gutiérrez-Mitis A, Sanchez-Martinez M, Prieto M, Moreno B, Nunez S, et al. Effectiveness of an intervention in multicomponent exercise in primary care to improve frailty parameters in patients over 70 years of age (MEFAP-project), a randomised clinical trial: rationale and study design. BMC Geriatr. 2019 Jan 28;19(1):25.

12. Perrotin S, Gilbert T, Dupuis M, Villeneuve L, Bin-Dorel S, Klich A, et al. A multimodal and multidisciplinary program to prevent loss of mobility in patients aged over 70 years: study protocol of a multicenter cluster randomized study in primary care (the PRISME-3P study). BMC Geriatr. 2019 Feb 19;19(1):48.

13. Martin-Borràs C, Giné-Garriga M, Puig-Ribera A, Martin C, Solà M, Cuesta-Vargas A, et al. A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial. BMJ Open. 2018 Mar 3;8(3):e017211.

14. Serra-Prat M, Sist X, Domenich R, Jurado L, Saiz A, Roces A, et al. Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomised controlled trial. Age Ageing. 2017 May 1;46(3):401-407.

15. Westland H, Schuurmans M, Bos-Touwen I, de Bruin-van Leersum M, Monninkhof E, Schröder C, et al. Effectiveness of the nurse-led Activate intervention in patients at risk of cardiovascular disease in primary care: a cluster-randomised controlled trial. Eur J Cardiovasc Nurs. 2020 Dec;19(8):721-731.

16. Westland H, Sluiter J, Te Dorsthorst S, Schröder C, Trappenburg J, Vervoort S, et al. Patients' experiences with a behaviour change intervention to enhance physical activity in primary care: A mixed methods study. PLoS One. 2019 Feb 12;14(2):e0212169.

17. Meurer S, Lopes A, Almeida F, Mendonça R, Benedetti T. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. Health Educ Behav. 2019 Jun;46(3):406-416.

18. Van Dongen E, Duijzer G, Jansen S, Ter Beek J, Huijg J, Leerlooijer E, et al. Process evaluation of a randomised controlled trial of a diabetes prevention intervention in Dutch primary health care: the SLIMMER study. Public Health Nutr. 2016 Nov;19(16):3027-3038.

19. Siegrist M, Freiberger E, Geilhof B, Salb J, Hentschke C, Landendoerfer P, et al. Fall Prevention in a Primary Care Setting. Dtsch Arztebl Int. 2016 May 27;113(21):365-72.

20. Turunen K, Aaltonen-Määttä L, Törmäkangas T, Rantalainen T, Portegijs E, Keikkala S, et al. Effects of an individually targeted multicomponent counseling and home-based rehabilitation program on physical activity and mobility in community-dwelling older people after discharge from hospital: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2020 Apr;34(4):491-503.

21. Sunde S, Hesseberg K, Skelton D, Ranhoff A, Pripp A, Aaronaes M, et al. Effects of a multicomponent high intensity exercise program on physical function and health-related quality of life in older adults with or at risk of mobility disability after discharge from hospital: a randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2020 Nov 11;20(1):464.

22. Jackson C, Ronzi S. Residents' Perceptions of a Community-Led Intervention on Health, Well-Being, and Community Inclusion Through Photovoice. Health Educ Behav. 2021 Dec;48(6):783-794.

23. Claesson I, Stahle A, Johansson S. Being limited by Parkinson's disease and struggling to keep up exercising; is the group the glue? Disabil Rehabil. 2020 May;42(9):1270-1274.

Bijlage 1 – Persoonlijke reflectie Ewout Callant

Het verloop van het groepsproces:

We hebben de thesis met 2 geschreven. Mijn partner is naast mijn thesiscollega ook een goede vriend en gedurende twee jaar een huisgenoot. We leerden elkaar kennen op de middelbare school en onze vriendschap heeft de middelbare school en universiteit overleefd.

Het voordeel van een partner die je reeds jaren kent, is dat de drempel tot kritiek of aansporen tot het in gang schieten voor de thesis veel lager ligt. Het is enerzijds veel makkelijker om elkaar te stimuleren om een deel van het werk op te nemen en anderzijds is het ook makkelijker om begrip op te brengen wanneer het druk is in de praktijk door onvoorziene omstandigheden en dan zelf een deeltje over te nemen. Dit voor een groot stuk omdat je weet dat je op elkaar kan vertrouwen.

Al bij al is de thesis vrij vlot verlopen. We hebben een vlotte wisselwerking en wanneer er een tandje hoger diende geschakeld te worden hebben we dat ook gedaan. Op de juiste momenten konden we ook rekenen op onze promotor. Hij was vlot bereikbaar en wanneer we zijn hulp nodig hadden, nam hij ook de tijd om onze vragen te beantwoorden.

Persoonlijk aandeel:

Naar mijn gevoel hebben we allebei een vrij gelijkwaardig aandeel van de thesis opgenomen. De literatuurstudie hebben we evenwaardig verdeeld en de interviews hebben we samen gevoerd. In de verwerking van de interviews zat Ewout net in een enorm drukke periode van de praktijk omwille van het uitvallen van een collega dus heb ik dat op mij genomen.

In de eerste versie van de thesis heb ik de discussie en het besluit uitgeschreven. Ewout nam terwijl het uitschrijven van de inleiding en methodologie voor zijn rekening . Na overleg met Peter hebben we de herwerkte versie samen geschreven. Van ons dynamisch duo is Ewout de vlotste schrijver. Nadien kregen we feedback, waarmee we samen aan de slag gingen. Ik zorgde meer voor de schets, terwijl Ewout meer zorgde voor het inkleuren. Dit natuurlijk terwijl we continu in overleg kunnen gaan. Voor ons was dit de vlotste manier om de thesis tot een goed einde te brengen.

Persoonlijke visie op betekenis voor het werkveld:

We leven in een vergrijzende samenleving met verschillende uitdagingen voor de toekomst. Gezond ouder worden is daar een van. Niet alleen voor de geneeskunde, maar ook voor de gehele samenleving.

In de praktijk wint chronische zorg aan belang. We worden allemaal ouder en ouder, maar dat ouder worden gaat gepaard met verschillende chronische ziekten die we zo goed en zo kwaad mogelijk onder controle moeten houden. Het gaat van hypercholesterolemie en diabetes tot

chronisch hartfalen. In de dagdagelijkse praktijkvoering komen we ze allemaal tegen. Los van alle lichamelijke kwalen mogen we het belang of de invloed van eenzaamheid op de levenskwaliteit niet onderschatten. Alle niet-medicamenteuze interventies die een positief effect hebben op de levenskwaliteit en/of op de achteruitgang die gepaard gaat met het verouderen moeten we omarmen.

De beweegsessies die wij in onze studie hebben geëvalueerd gaan door in een dienstencentrum 'De Knoop'. Ze worden georganiseerd vanuit een samenwerking tussen het dienstencentrum, het WGC en stad Gent. Dankzij stad Gent als organisator wordt de kost van de beweegsessie gedrukt. Een sessie kost slechts 50 cent. Dit zorgt ervoor dat de sessies heel laagdrempelig zijn om eenmalig te proberen. Daarnaast is er ook een kennismakingsweek waarin de sessie zelf gratis gevolgd mag worden.

Met deze masterproef hebben we de meerwaarde van beweegsessies op oudere leeftijd, zij het op beperkte schaal, aangetoond. Dit maakt het enerzijds voorbarig om deze conclusies ook door te trekken naar een grotere context. Onze literatuurstudie toonde ook uiteenlopende effecten op biopsychosociaal vlak. Biologisch zagen ze dan ook een toename in spierkracht en uithouding, hiervoor was onze interventie te kort en ook niet frequent genoeg. Een niet te onderschatten aspect van verouderen is vereenzaming. Als we dit kunnen doorbreken door beweegsessies meer in het licht te stellen waardoor er meer deelnemers de stap tot deelname durven zetten, denk ik dat we al voor een significante verbetering in levenskwaliteit kunnen zorgen.

Ik denk dat in de toekomst de uitdaging zal worden om de gezondheidszorg duurzaam te maken. Nu werken we heel vaak reactief. Wanneer een patiënt met een bepaald probleem of aandoening komt, trachten we die zo goed mogelijk op te lappen zodat iemand terug kan functioneren. Zo blijven we achter de feiten aanlopen. Een deel van de gezondheidzorg is natuurlijk de acute geneeskunde en die zal altijd reactief zijn. Maar qua chronische zorg gaan echter in de toekomst nog meer moeten inzetten op de preventie van aandoeningen.

Als huisartsen hebben we een belangrijke maatschappelijke functie en beseffen we soms niet welke impact we kunnen hebben op een wijziging in gewoontes. Het zou enorm interessant zijn als er lokaal een samenwerkingsverband wordt opgesteld tussen huisartsen, verschillende bewegen-op-verwijzing coaches en lokale gemeentebesturen om dergelijke sessies te organiseren met aandacht voor de toegankelijkheid van de sessies.

Bijlage 2 – Persoonlijke reflectie Ewout Devreese

Het verloop van het groepsproces:

Ik heb ervoor gekozen om mijn masterproef niet alleen uit te voeren, maar samen met een collega en goede vriend, Ewout Callant. Ik vind het een immens voordeel om samen te werken met iemand die ik goed ken, dit zorgt er namelijk voor dat wij tijdens het proces van de masterproef telkens heel open hebben communiceren. Mijn inziens is het groepsproces bijgevolg ook heel vlot verlopen. We hebben onderling goede afspraken kunnen maken om duidelijk te maken wie welke taken op zich neemt.

De eerste stappen van de masterproef hebben wij telkens samen uitgevoerd, zijnde het definiëren van het onderwerp, het opstellen van de CMO-hypothese en het uitvoeren van de literatuurstudie. In de latere fase van de masterproef hebben we de onderlinge taken vlot kunnen verdelen.

Vooraleer we zijn gestart met het uitvoeren van de interviews, hebben zowel Ewout als ikzelf meermaals actief deelgenomen aan de beweegsessies. Wij vinden het namelijk beiden belangrijk dat de deelnemers ons al wat beter kennen vooraleer we met de interviews zijn gestart. Ten gevolge van de coronacrisis hebben wij onze evaluatie wel wat moeten uitstellen. Wij hebben onze interviews in de periode van september 2021 tot en met november 2021 uitgevoerd, in de oorspronkelijke planning stond dit al iets vroeger ingepland. Onze evaluatie hebben we deels gemeenschappelijk en deels zelfstandig uitgevoerd. Er zijn interviews waarbij we 1-op-1 contact hebben gehad, maar er zijn tevens interviews waarbij we samen een deelnemer van de interventie geïnterviewd hebben.

Ik vind dat het volgen van de beweegsessies en het afnemen van de interviews vlot verlopen is. De interesse om geïnterviewd te worden was bij de deelnemers eerder verdeeld. Enerzijds zijn er deelnemers die ons met plezier hebben geholpen. Er is zelf een dame die er op stond geïnterviewd te worden omdat haar kleinzoon ook met een masterproef bezig is. Ze zei dat ze via hem wist dat het vaak moeilijk is om voldoende mensen te motiveren tot het afnemen van interviews in het kader van een masterproef. Anderzijds zijn er deelnemers waarbij we toch weerstand hebben gevoeld om geïnterviewd te worden. Wij hebben steeds gevraagd wat de redenen zijn waarom zij liever niet geïnterviewd worden. De voornaamste redenen zijn een gebrek aan interesse, het tijdstip van afname en het feit dat ze sociaal contact wegens de coronacrisis willen vermijden. We hebben interviews telkens op grote afstand (>1.5m) uitgevoerd met mondmasker en indien mogelijk in de buitenlucht, maar toch zijn sommige mensen afgeschrikt door het idee om gedurende 30 tot 45 min met iemand een gesprek te voeren. De meeste interviews zijn net voor (voor 11u15) of net na (na 12u15) de beweegsessie doorgegaan. Na de beweegsessie zijn er veel mensen die naar huis wensen te gaan om te gaan eten. Wij hebben aan die mensen voorgesteld om een interview af te nemen op een moment dat voor hen beter zou passen, maar bij sommige deelnemers ligt het enthousiasme om

onderling af te spreken om een interview af te nemen eerder laag. Het feit dat de masterproef doorgaat tijdens het HAIO-schap zorgt er natuurlijk wel voor dat wij als onderzoekers 4 dagen op 5 werken voor onze praktijk. Hierdoor vielen de extra momenten om interviews uit te voeren vaak in het weekend en voor heel wat deelnemers is dit een moment waarop zij reeds plannen hebben. In totaal hebben wij 9 enthousiaste deelnemers kunnen strikken voor een interview, een aantal waarmee zowel Ewout als ikzelf tevreden zijn.

Persoonlijk aandeel:

Ik vind dat de onderlinge dynamiek tussen Ewout en mijzelf zowel tijdens het afnemen van de interviews als tijdens het schrijven van de masterproef goed zat. We hebben heel wat dinsdagen en weekenddagen samen gezeten om te schrijven. Een groot deel van de masterproef hebben we geschreven toen we in dezelfde ruimte zaten.

In de periode van oktober tot en met december 2021 is mijn collega op de praktijk uitgevallen wegens medische redenen. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik heel wat extra dinsdagen in de praktijk heb doorgebracht. Ewout heeft tijdens deze periode het voortouw genomen en de meerderheid van de interviews uitgeschreven, tijdens het uitschrijven van de thesis heb ik getracht dit te compenseren.

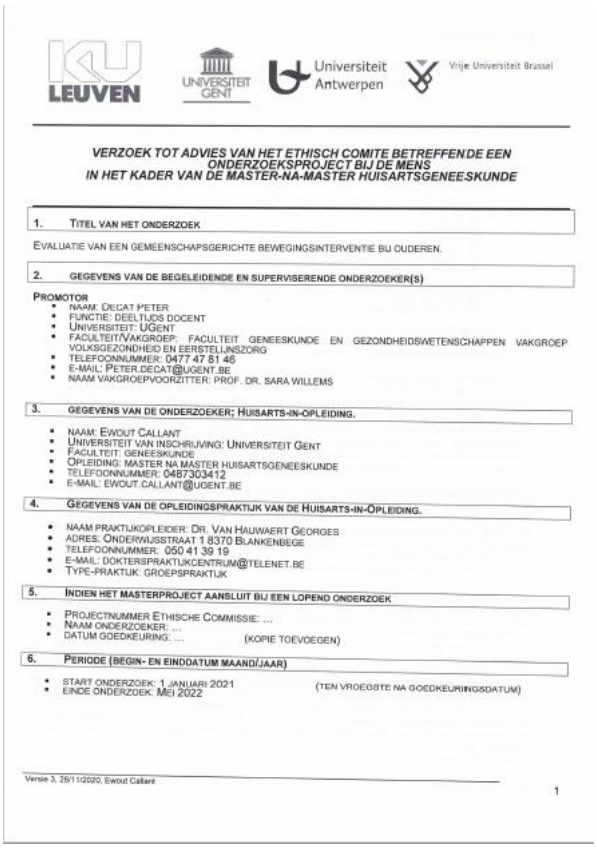
We hebben het werk onderling verdeeld, waarbij we elk een stukje van de masterproef voor onze rekening namen (bv. Ik start met het uitschrijven van inleiding, methodologie en een deel van de resultaten, Ewout kijkt op dat moment om resultaten en discussie neer te pennen). Nadat je een stukje hebt afgewerkt, stuur je het door naar de andere persoon. De andere persoon vult aan of past bij waar nodig. Tijdens het uitschrijven van de thesis heeft Ewout zich tijdens de brainstormsessies meer toegelegd op de uitlijning van de thesis en heb ik mij voornamelijk gefocust op het uitschrijven van deze resultaten en bevindingen.

Persoonlijke visie op betekenis voor het werkveld:

Ik denk dat de evaluatie en de bijhorende conclusies een belangrijke impact kunnen hebben op het werkveld van de gemeenschapsgerichte beweeginterventies. De vooropgestelde aanbevelingen kunnen ertoe leiden dat meer mensen zich aangetrokken voelen tot de georganiseerde beweegsessies.

De mechanismen die naar voren komen, geven inzicht in hoe een gemeente- of stadsbestuur een beweegsessie kan organiseren. Zo komt bijvoorbeeld het gevoel van inclusiviteit als belangrijk mechanisme naar voren. Een beweegsessie organiseren waarbij alle deelnemers op eigen niveau kunnen deelnemen, wordt door de geïnterviewden hoog in het vaandel gedragen. Op die manier voelen ze zich een gerespecteerd deel van de groep. Het zou mijn inziens heel interessant zijn dat gemeente- of stadsbesturen, met deze aanbevelingen in het achterhoofd, samenzitten met eerstelijnsmedewerkers of ouderenverenigingen om te zien hoe zo'n beweegsessies in de toekomst georganiseerd kunnen worden.

Bijlage 3 – Aanvraag ethisch comité



KU LEUVEN — UNIVERSITEIT GENT — Universiteit Antwerpen — Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

EVALUATIE VAN EEN GEMEENSCHAPSGERICHTE BEWEGINGSINTERVENTIE BIJ OUDEREN.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR
- NAAM: DECAT PETER
- FUNCTIE: DEELTIJDS DOCENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 0477 47 81 46
- E-MAIL: PETER.DECAT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: EWOUT CALLANT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER NA MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0487303412
- E-MAIL: EWOUT.CALLANT@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

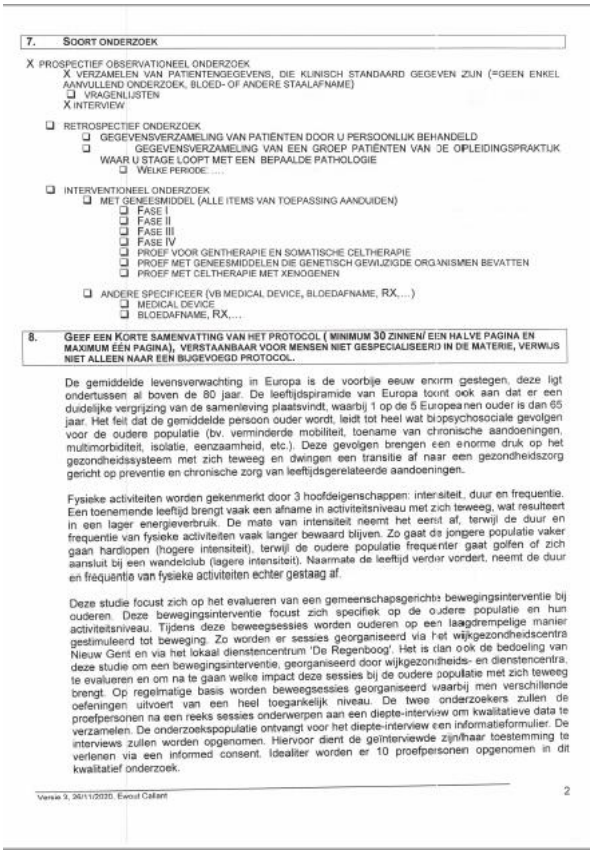
- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. VAN HAUWAERT GEORGES
- ADRES: ONDERWIJSSTRAAT 1 8370 BLANKENBEGE
- TELEFOONNUMMER: 050 41 39 19
- E-MAIL: DOKTERSPRAKTIJKCENTRUM@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: ...
- NAAM ONDERZOEKER: ...
- DATUM GOEDKEURING: .... (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1 JANUARI 2021 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: MEI 2022



7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- X VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- X INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ....

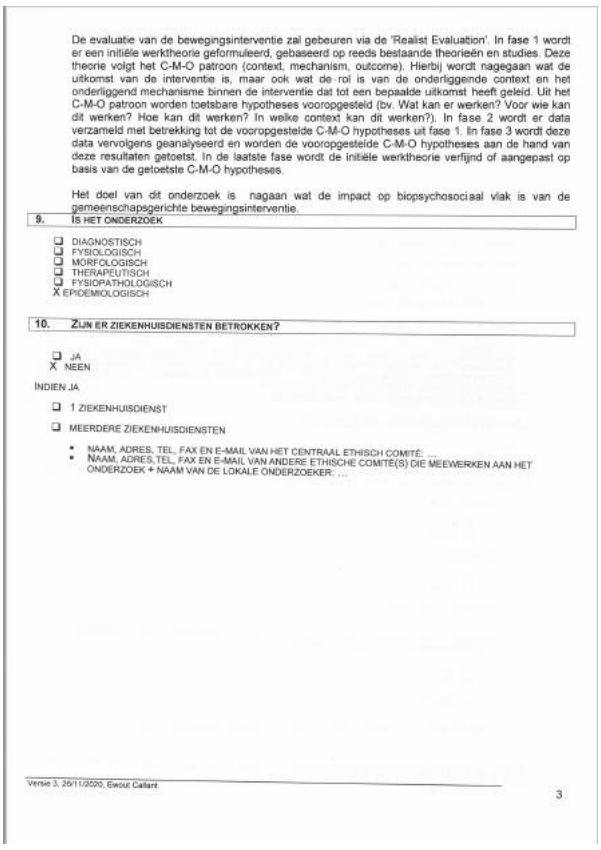
❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,...)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,...

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM EEN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DIE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

De gemiddelde levensverwachting in Europa is de voorbije eeuw enorm gestegen, deze ligt ondertussen al boven de 80 jaar. De leeftijdspiramide van Europa toont ook aan dat er een duidelijke vergrijzing van de samenleving plaatsvindt, waarbij 1 op de 5 Europeanen ouder is dan 65 jaar. Het feit dat de gemiddelde persoon ouder wordt, leidt tot heel wat biopsychosociale gevolgen voor de oudere populatie (bv. verminderde mobiliteit, toename van chronische aandoeningen, multimorbiditeit, isolatie, eenzaamheid, etc.). Deze gevolgen brengen een enorme druk op het gezondheidssysteem met zich teweeg en dwingen een transitie af naar een gezondheidszorg gericht op preventie en chronische zorg van leeftijdsgerelateerde aandoeningen.

Fysieke activiteiten worden gekenmerkt door 3 hoofdeigenschappen: intensiteit, duur en frequentie. Een toenemende leeftijd brengt vaak een afname in activiteitsniveau met zich teweeg, wat resulteert in een lager energieverbruik. De mate van intensiteit neemt het eerst af, terwijl de duur en frequentie van fysieke activiteiten vaak langer bewaard blijven. Zo gaat de jongere populatie vaker gaan hardlopen (hogere intensiteit), terwijl de oudere populatie frequenter gaat golfen of zich aansluit bij een wandelclub (lagere intensiteit). Naarmate de leeftijd verder vordert, neemt de duur en frequentie van fysieke activiteiten echter gestaag af.

Deze studie focust zich op het evalueren van een gemeenschapsgerichte bewegingsinterventie bij ouderen. Deze bewegingsinterventie focust zich specifiek op de oudere populatie en hun activiteitsniveau. Tijdens deze beweegsessies worden ouderen op een laagdrempelige manier gestimuleerd tot beweging. Zo worden er sessies georganiseerd via het wijkgezondheidscentra Nieuw Gent en via het lokaal dienstencentrum 'De Regenboog'. Het is dan ook de bedoeling van deze studie om een bewegingsinterventie, georganiseerd door wijkgezondheids- en dienstencentra, te evalueren en om na te gaan welke impact deze sessies bij de oudere populatie met zich teweeg brengt. Op regelmatige basis worden beweegsessies georganiseerd waarbij men verschillende oefeningen uitvoert van een heel toegankelijk niveau. De twee onderzoekers zullen de proefpersonen na een reeks sessies onderwerpen aan een diepte-interview om kwalitatieve data te verzamelen. De onderzoekspopulatie ontvangt voor het diepte-interview een informatieformulier. De interviews zullen worden opgenomen. Hiervoor dient de geïnterviewde zijn/haar toestemming te verlenen via een informed consent. Idealiter worden er 10 proefpersonen opgenomen in dit kwalitatief onderzoek.



De evaluatie van de bewegingsinterventie zal gebeuren via de 'Realist Evaluation'. In fase 1 wordt er een initiële werktheorie geformuleerd, gebaseerd op reeds bestaande theorieën en studies. Deze theorie volgt het C-M-O patroon (context, mechanism, outcome). Hierbij wordt nagegaan wat de uitkomst van de interventie is, maar ook wat de rol is van de onderliggende context en het onderliggend mechanisme binnen de interventie dat tot een bepaalde uitkomst heeft geleid. Uit het C-M-O patroon worden toetsbare hypotheses vooropgesteld (bv. Wat kan er werken? Voor wie kan dit werken? Hoe kan dit werken? In welke context kan dit werken?). In fase 2 wordt er data verzameld met betrekking tot de vooropgestelde C-M-O hypotheses uit fase 1. In fase 3 wordt deze data vervolgens geanalyseerd en worden de vooropgestelde C-M-O hypotheses aan de hand van deze resultaten getoetst. In de laatste fase wordt de initiële werktheorie verfijnd of aangepast op basis van de getoetste C-M-O hypotheses.

Het doel van dit onderzoek is nagaan wat de impact op biopsychosociaal vlak is van de gemeenschapsgerichte bewegingsinterventie.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- X EPIDEMIOLOGISCH

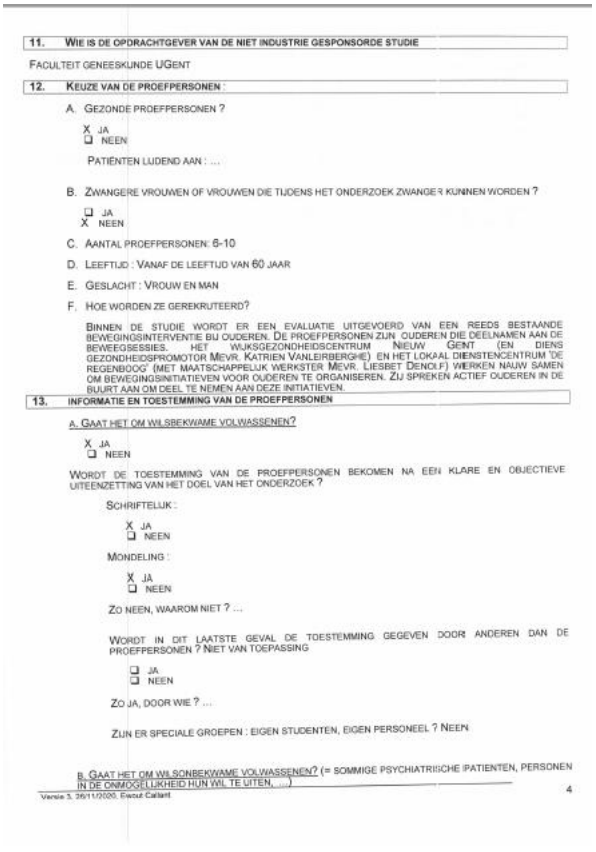
10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
X NEEN

INDIEN JA

❑ 1 ZIEKENHUISDIENST

❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: ...
- NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITE(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: ...



11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UGENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA
❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : ...

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 6-10

D. LEEFTIJD : VANAF DE LEEFTIJD VAN 60 JAAR

E. GESLACHT : VROUW EN MAN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

BINNEN DE STUDIE WORDT ER EEN EVALUATIE UITGEVOERD VAN EEN REEDS BESTAANDE BEWEGINGSINTERVENTIE BIJ OUDEREN. DE PROEFPERSONEN ZIJN OUDEREN DIE DEELNAMEN AAN DE BEWEEGSESSIES. HET WIJKSGEZONDHEIDSCENTRUM NIEUW GENT (EN DIENS GEZONDHEIDSPROMOTOR MEVR. KATRIEN VANLEIRBERGHE) EN HET LOKAAL DIENSTENCENTRUM 'DE REGENBOOG' (MET MAATSCHAPPELIJK WERKSTER MEVR. LIESBET DENOLF) WERKEN NAUW SAMEN OM BEWEGINGSINITIATIEVEN VOOR OUDEREN TE ORGANISEREN. ZIJ SPREKEN ACTIEF OUDEREN IN DE BUURT AAN OM DEEL TE NEMEN AAN DEZE INITIATIEVEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA
❑ NEEN

MONDELING :

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ? NIET VAN TOEPASSING

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ? NIET VAN TOEPASSING

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN? NIET VAN TOEPASSING

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEEN

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

X JA
☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG

ZULLEN ZIJN ?

☐ JA
X NEEN. HET ONDERZOEK FOCUST ZICH NIET OP ZIEKE DEELNEMERS. WE VERWACHTEN ECHTER WEL DAT DE GEMEENSCHAPSGERICHTE BEWEGINGSINTERVENTIE OP BIOPSYCHOSOCIAAL VLAK VOORDELEN MET ZICH TEWEEG BRENGT DIE VOOR DE ONDERZOEKSPOPULATIE NUTTIG ZULLEN ZIJN.

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE

B. X ☐ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUD EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

C. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

....

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
X NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? ...

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN
WELKE .....
OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES
WELKE .....
OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....
.....
.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS: DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITE)

X NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HIET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 26/11/2020
NAAM : EWOUT CALLANT

PROMOTOR

DATUM : 28/10/20
NAAM : Peter Decat
HANDTEKENING

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 30 november 2020
NAAM : Prof.dr. Sara Willems
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
Campus UZ GENT – De3
Corneel Heymanslaan 10
9000 GENT
TEL. +32(0) 332 36 28

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITE)

X NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 26/11/2020
NAAM : EWOUT DEVREESE
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 28/11/2020
NAAM : Peter Decat
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 30 november 2020
NAAM : Prof.dr. Sara Willems
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS - Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT – 4K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 26

Bijlage 4 – Goedkeuring ethisch comité Ewout Devreese

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-09134	NVT	30/12/2020	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Evaluatie van een gemeenschapsgerichte bewegingsinterventie bij ouderen - Scriptie Ewout Devreese"

B.U.N.: B6702020001125

* Adviesaanvraagformulier versie 3 dd 30/11/2020 (volledig ontv dd 04/12/2020)
* Begeleidende brief dd 28/11/2020
* Protocol versie 3 dd 26/11/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 3 dd 26/11/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 23/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 23/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/01/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/01/2021.

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité bekiemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
* *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 35
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 64

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Mariska De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 68
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 89
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 5 – Goedkeuring ethisch comité Ewout Callant

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-09135	NVT	30/12/2020	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Evaluatie van een gemeenschapsgerichte bewegingsinterventie bij ouderen - Scriptie Ewout Callant"

B.U.N.: B6702020001126

* Begeleidende brief dd 26/11/2020
* Adviesaanvraagformulier versie 3 dd 30/11/2020 (volledig ontv dd 04/12/2020)
* Protocol versie 3 dd 26/11/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 3 dd 26/11/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 23/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 23/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/01/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/01/2021.

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelleman

STAFMEDEWERKER
Muriël Frausjat
T +32(09) 332 33 35
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 05
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 65
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

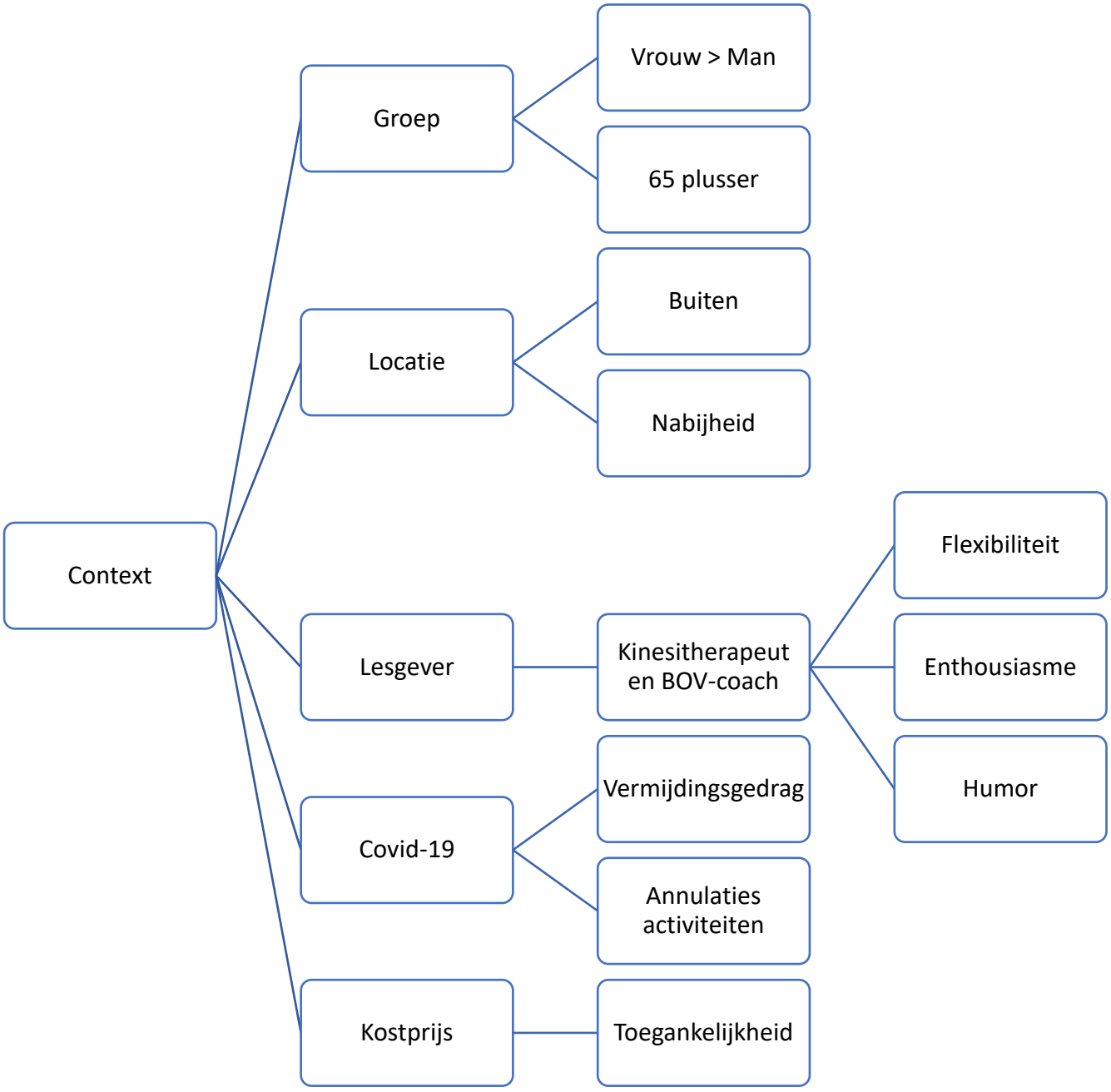
Ledenlijst 2019-2023:

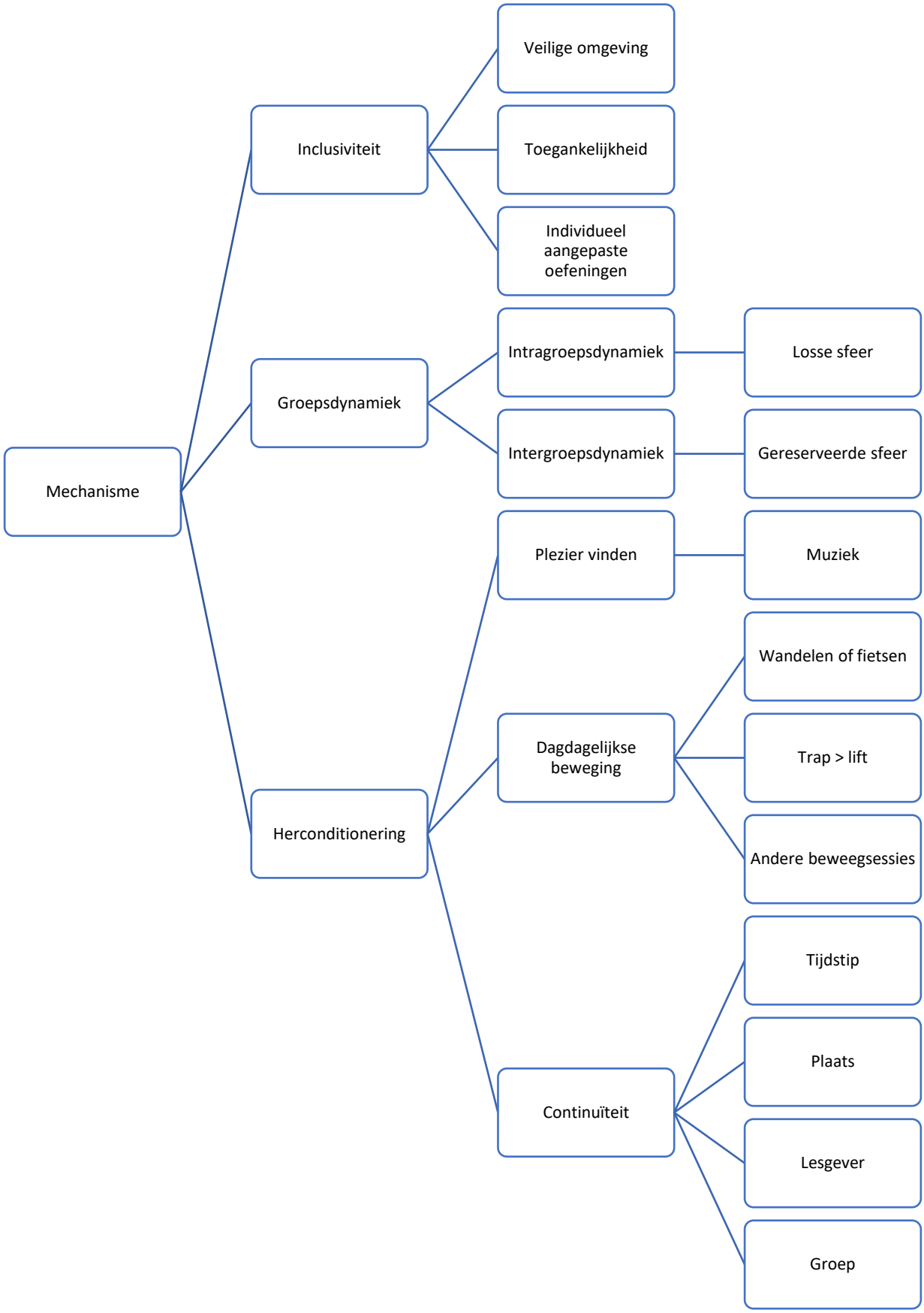
Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

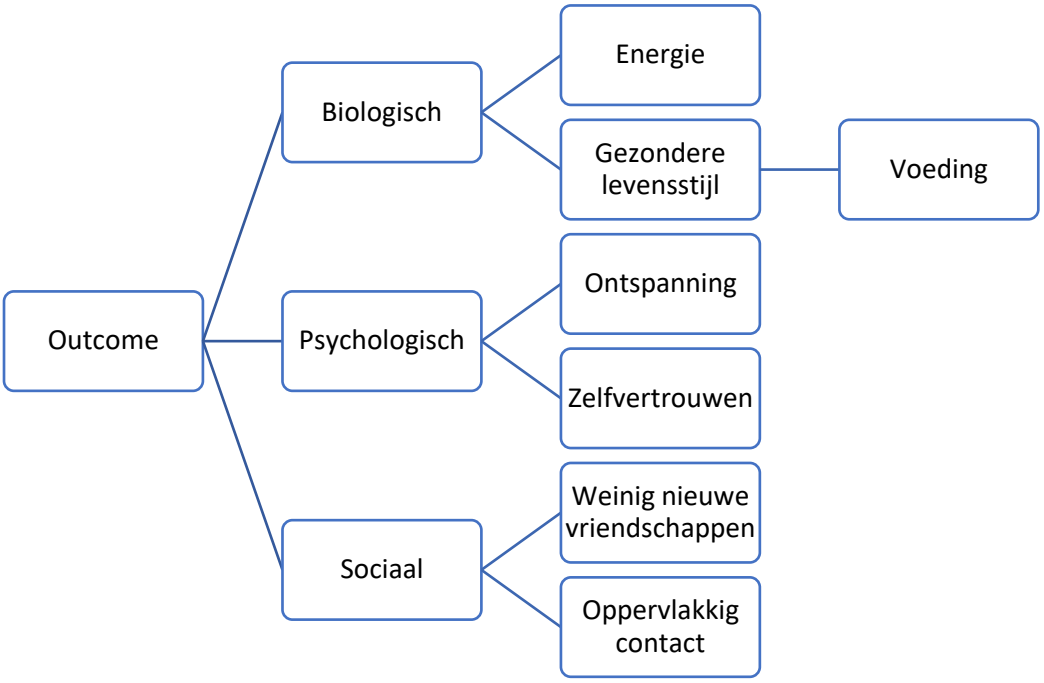
Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG - geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 6 – Knooppunten




Mechanisme
Inclusiviteit
Veilige omgeving
Toegankelijkheid
Individueel aangepaste oefeningen
Groepsdynamiek
Intragroepsdynamiek
Losse sfeer
Intergroepsdynamiek
Gereserveerde sfeer
Herconditionering
Plezier vinden
Muziek
Dagdagelijkse beweging
Wandelen of fietsen
Trap > lift
Andere beweegsessies
Continuïteit
Tijdstip
Plaats
Lesgever
Groep


Outcome
Biologisch
Psychologisch
Sociaal
Energie
Gezondere levensstijl
Voeding
Ontspanning
Zelfvertrouwen
Weinig nieuwe vriendschappen
Oppervlakkig contact