De invloed van Bewegen Op Verwijzing op de fysieke activiteit van (een) huisartsenpopulatie: een kwaliteitsverbeterend project

Novart Wanes, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Glenn Boulanger, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: [2022 – 2023]

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

Achtergrond: Het gebrek aan fysieke activiteit leidt tot verschillende chronische niet-overdraagbare aandoeningen. Uit de Gezondheidsenquête 2018 blijkt dat minder dan twee op drie (55,8%) van de volwassen Belgen (18-64 jaar) voldoende beweegt. Bewegen Op Verwijzing (BOV) heeft het potentieel uit te groeien tot een belangrijke methode voor het bevorderen van fysieke activiteit. De BOV-coach stelt in samenspraak met de patiënt een beweegplan op. Volgens VIGL behaalde 78% van de patiënten de doelstellingen uit het beweegplan. Dit betekent dat zij dubbel zoveel bewegen na de begeleiding.

Doel: De primaire doelstelling van dit project is nagaan of een feitelijke BOV-interventie effectief is om de fysieke activiteit van onze huisartsenpopulatie te verhogen.

Methode: Het onderzoek betrof een praktijkverbeterend project. Patiënten tussen 18 en 64 jaar, zonder fysieke beperking en die te weinig bewegen of lang stilzitten, kregen adviezen om voldoende te bewegen en informatie over BOV. De patiënten die wensten deel te nemen, ontvingen een verwijsbrief en vulden een pre-verwijzingsvragenlijst in. Op basis daarvan vergaarde het onderzoek hun socio-economische gegevens. De deelnemende patiënten kregen bovendien een brochure met alle info rond BOV mee. De patiënten die het project beëindigden met de coach werden na drie maanden gecontacteerd. Hun fysieke activiteitsgraad werd een laatste keer afgenomen.

Resultaten: De huisartsen spraken tijdens dit project 39 patiënten aan. In eerste instantie weigerden 12 patiënten de doorverwijzing voor BOV en 27 patiënten kregen een verwijsbrief en stemden in om in te stappen in het project. Uiteindelijk namen 11 patiënten van de 27 de stap om deel te nemen aan de BOV-coaching. Hiervan beëindigden 6 het traject vroegtijdig. Bijgevolg doorliepen 5 patiënten de volledige BOV-coaching. Het gemiddeld aantal minuten dat deelnemers wandelend doorbrachten voor, tijdens en na de BOV-coaching bedroeg respectievelijk 67, 90 en 138 minuten per week. Bij matige fysieke activiteit betrof het respectievelijk gemiddeld 84, 120 en 68 minuten per week. Eén patiënt oefende per week gemiddeld 180 minuten zware fysieke activiteit uit tijdens de coaching. De deelnemers brachten gemiddeld 7,2 uur per weekdag zittend door voor de coaching. Tijdens en na de coaching daalde het tot respectievelijk 6,8 en 6,3 uur per week.

Conclusie: BOV kan helpen om de bewegingsgraad van patiënten te verhogen. De moeilijkste stap blijkt het motiveren van patiënten om deel te nemen en hun levensstijl aan te passen. Het beperkte aantal deelnemers vraagt om een voorzichtige interpretatie van het resultaat. Een extrapolatie naar de gemiddelde Belgische bevolking of naar andere huisartsenpraktijken is niet opportuun. Toekomstig onderzoek focust zich best vooral op het wegnemen van drempels zodat de deelnamegraad verhoogt, en op methodes die de dip in fysieke activiteit na de BOV-coaching beperken.

Afkortingen lijst

BOV: Bewegen Op Verwijzing

BMI: Body Mass Index

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire

MET: Metabolic Equivalent

NCD's: Non-Communicable Diseases

SD: Standaarddeviatie

VIGL: Vlaams Instituut Gezond Leven

WGO: Wereldgezondheidsorganisatie

EMD: Elektronisch Medisch Dossier

COPD: Chronic obstructive pulmonary disease

HIV: Human Immunodeficiency Virus

OCMW: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

Inhoudopgave:

1 INLEIDING EN ACHTERGROND 6

1.1 LITERATUURSTUDIE 6

1.2 BEWEGEN OP VERWIJZING 8

1.3 INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ) 10

2 DOEL VAN HET PROJECT 11

3 KWALITEITSVERBETEREND PROJECT 11

3.1 HET PRAKTIJKPROJECT: FOCUS- STAPPENPLAN 11

3.1.1 Find Problem 11

3.1.2 Organise meeting 12

3.1.3 Clarify the problem 12

3.1.4 Understand the proces/uncover the problem = Probleemanalyse/visgraatanalyse 13

3.2 DE PDCA-CYCLUS 15

3.2.1 Plan 15

3.2.2 Do 19

3.2.3 Check: project evalueren 19

3.2.3.1 Dataverzameling 19

3.2.3.2 Resultaten 20

3.2.3.2.1 Algemene patiënten populatie 20

3.2.3.2.2 Respondenten 21

3.2.3.2.3 Kenmerken van de vijf deelnemende patiënten 22

3.2.3.2.4 Fysieke activiteit en sedentair gedrag 23

3.2.3.2.4.1 Fase één: fysieke activiteit pre-interventie (pre-verwijzing-IPAQ) 23

3.2.3.2.4.2 Fase twee: fysieke activiteit op het einde van de interventie (post-verwijzing-IPAQ) 24

3.2.3.2.4.3 Fase drie: fysieke activiteit drie maanden na de interventie (post-coaching-IPAQ) 25

3.2.3.2.5 Reden van het wel/niet beoefenen van lichaamsbeweging 27

4 BESPREKING 28

3.2.4. Act 31

5 BESLUIT 32

6 DANKWOORD 33

7 REFERENTIES: 34

8 BIJLAGEN 39

1 Inleiding en achtergrond

1.1 Literatuurstudie

Onder fysieke activiteit verstaat de literatuur: ‘Alle activiteiten waarbij het lichaam bewogen wordt door het leveren van spierarbeid, wat gepaard gaat met energieverbruik hoger dan het rustmetabolisme’ (1). In de afgelopen decennia verzamelden onderzoekers een overvloed aan wetenschappelijke bewijzen die de gunstige effecten van fysieke activiteit op de gezondheid bevestigden (2). Het gebrek aan fysieke activiteit leidt tot verschillende chronische niet-overdraagbare aandoeningen, waaronder cardiovasculaire aandoeningen, chronische respiratoire aandoeningen, diabetes en kanker (3). Wereldwijd leveren deze ziektes de grootste morbiditeit en mortaliteit. Meer dan 36 miljoen mensen sterven hier jaarlijks aan (4). De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) beschouwt fysieke inactiviteit als de primaire oorzaak van 21 tot 25% van alle borst- en colonkankers, van 27% van alle gevallen van diabetes mellitus en van 30% van de ischemische hartaandoeningen (5). De fysieke inactiviteit wordt een minstens even grote risicofactor voor vroegtijdig overlijden genoemd als hypertensie, roken en diabetes (6).

Volwassenen die regelmatig een fysieke activiteit beoefenen, verlagen het risico op hart- en vaatziekten, diabetes, borst- en colonkanker, osteoporose, diabetes type 2, obesitas, hypertensie, metabool syndroom, depressie, stress en angst. Wie voldoende beweegt, loopt bovendien minder risico op bekken- of wervelbreuken, heeft een groter cardiopulmonaal uithoudingsvermogen, een stabieler en vaak ook gezonder lichaamsgewicht en een gezondere weefselverdeling (7,8).

Het Vlaams Instituut Gezond Leven (VIGL) stelde samen met andere Vlaamse expertgroepen lokale Vlaamse gezondheidsaanbevelingen voor lichaamsbeweging op, vergelijkbaar met de internationale aanbevelingen. Er wordt aanbevolen – voor een volwassene tussen 18 en 64 jaar oud - minstens 150 minuten matig intensieve lichaamsbeweging per week (dit kan verspreid worden minimum 5 dagen per week 30 minuten), of 75 minuten hoog intensieve lichaamsbeweging per week (minstens 3 dagen per week 25 minuten) en minstens 2 maal per week specifieke activiteiten om de grote spieren en botten te versterken.

Er is geen internationale consensus wat het sedentair gedrag betreft. Het sedentair gedrag werd gedefinieerd als in een zittende of liggende houding (niet in slaaptoestand), gekenmerkt door

een energieverbruik lager dan of gelijk aan 1,5 MET's[*] (9). VIGL raadt langdurig stilzitten af en stimuleert bovendien om periodes van langdurig stilzitten regelmatig te onderbreken (idealiter elke 20 minuten tot half uur) (10). Bepaalde experten beschouwen het overschrijden van de grens van acht uur per dag stilzitten als problematisch (11).

Wereldwijd behaalt meer dan een kwart (27,5%) van de volwassenen de aanbevelingen voor lichaamsbeweging niet (12). Volgens de WGO bedraagt dit 1 op 4 volwassenen (3). In hoge-inkomenslanden was de prevalentie van onvoldoende lichaamsbeweging meer dan het dubbel. België scoort 35,7% (12). Uit de Gezondheidsenquête 2018 blijkt dat minder dan 2 op 3 (55,8%) van de volwassen Belgen (18-64 jaar) voldoende beweegt. Een volwassen Belg spendeert gemiddeld 5,8 uur zittend per dag. Met andere woorden, 1 op 4 Belgen loopt een gezondheidsrisico (13).

Het lichamelijke activiteitsniveau wordt eveneens beïnvloed door meerdere factoren zoals culturele waarden, geslacht, opleidingsniveau, etnische origine, sociaal vangnet en is ook omgekeerd evenredig met correlerende factoren zoals leeftijd, overgewicht, gepercipieerde moeite en stress (14). In de meeste landen hebben meisjes, vrouwen, oudere volwassenen, kansarme groepen en mensen met een handicap en chronische ziekten allemaal minder kansen om toegang te krijgen tot veilige, betaalbare en geschikte programma's en plaatsen voor fysieke activiteiten (3). Vrouwen zijn in alle leeftijdsgroepen minder actief dan mannen (15). In België voldoet 60,2% van de mannen aan de aanbevelingen waar dit bij vrouwen maar 51,8% bedraagt. Lichaamsbeweging daalt eveneens naarmate de leeftijd vordert. Het hoogste prevalentieniveau van voldoen aan lichaamsbeweging ligt bij de jongeren van 18-24 jaar; dit bedraagt 59,3% om daarna geleidelijk te dalen tot 32,4% bij 75-plussers. Hoger opgeleiden voldoen meer aan de aanbevelingen (58,4%) dan lager opgeleiden (34,6%). Bijna de helft van de bevolking (45,5%) omschrijft werkgerelateerde lichaamsbeweging als 'meestal zitten of staan'; 29% wandelt of doet taken met lichte tot matige fysieke activiteit en 8,3% voert zware arbeid uit tijdens het werk (13).

Inactiviteit is verantwoordelijk voor 1-3% van de nationale gezondheidszorgkosten, waarbij de kosten in verband met geestelijke gezondheid en musculoskeletale aandoeningen niet meegerekend zijn (3). Er blijkt dat er tegen 2030 wereldwijd bijna 500 miljoen nieuwe gevallen zullen zijn van cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en de andere niet-overdraagbare

[*] MET: Rustmetabolisme wordt uitgedrukt in Metabolic Equivalent (MET), een maat voor de stofwisselingsprocessen in het lichaam. Het energieverbruik in rusttoestand komt overeen met 1 MET.

aandoeningen, die te wijten zullen zijn aan fysieke inactiviteit. Dit zal de directe kosten voor de gezondheidszorg doen stijgen met 300 miljard dollar, of jaarlijks 27 miljard dollar. Dat blijkt uit het 'Global status report on physical activity 2022', dat de WGO in oktober 2022 publiceerde. Daarom moedigt de WGO de regeringen aan om dringend acties te ondernemen om hun bevolking meer aan te zetten tot lichaamsbeweging (16).

Internationaal probeerden zorgstelsels verschillende methoden om patiënten aan te moedigen meer te bewegen en hun sedentaire levensstijl te verminderen (17). Verschillende onderzoekers testten een grote verscheidenheid aan soms complexe strategieën. Uit die studies blijken de volgende componenten de meest voorkomende, kosteneffectieve, eenvoudige en consistent efficiënte: patiëntenvoorlichting over de gevolgen van een zittende levensstijl en de voordelen van lichaamsbeweging, het voorschrijven van lichaamsbeweging, het aanmoedigen van vroege identificatie van barrières voor gedragsverandering, zelfbepaalde doelen, het stellen van graduele taken, zelfcontrole van gedrag en prestaties, het gebruik van een stappenteller, het gebruik van vervolgaanwijzingen en aanmoediging door middel van vergaderingen, telefoontjes of berichten (18).

Meer recentelijk is gemeld dat de adequate implementatie van de bevordering van een gezonde levensstijl en de resultaten met betrekking tot de effectiviteit van interventies in de eerstelijnszorg bij het verhogen van fysieke activiteitsniveaus nog steeds niet duidelijk zijn. Daarom suggereert de WGO dat een meer geïntegreerde gezondheidssector nodig is, met een veel sterkere nadruk op eerstelijnszorg. European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice heeft de rol van eerstelijnsartsen (huisartsen) en verpleegkundigen bij het bevorderen van een gezonde levensstijl, waartoe het promoten van lichaamsactiviteit behoort, bevestigd (19). Studies tonen een hoge effectiviteit aan bij het promoten van fysieke activiteiten door de huisarts. Daaronder vallen bewegingsadvies, gedragsinterventies zoals doelen stellen, zelf-monitoring aanmoedigen, feedback geven over en inspelen op de gevolgen van bewegen, alsook gebruik maken van de accelerometer en stappenteller en het voorschrijven van beweging (20).

1.2 Bewegen Op Verwijzing

Bewegen Op Verwijzing (BOV) of het voorschrijven van fysieke activiteit, heeft het potentieel uit te groeien tot een belangrijke methode voor het bevorderen van fysieke activiteit en het verminderen van overgewicht, abdominale obesitas en geassocieerde cardiometabole

risicofactoren (21). Tot 2009 bleef de werkzaamheid van BOV in de eerstelijnszorg vrij beperkt (22). Maar wanneer BOV werd gebruikt, werd een kleine verbetering in het naleven van het voorschrift waargenomen (23). Volgens een onderzoek uitgevoerd in Spanje steeg het percentage deelnemers die het doel van ten minste 150 minuten wekelijkse fysieke activiteit bereikte dankzij BOV (19). Daarnaast blijkt dat het introduceren van een intensiever voorschrijfprogramma en het verstrekken van deze informatie aan de patiënten leidt tot een verbetering van de naleving van het voorgeschreven fysieke activiteit-programma, maar ook van de voorschrijfprocedure op zich (23).

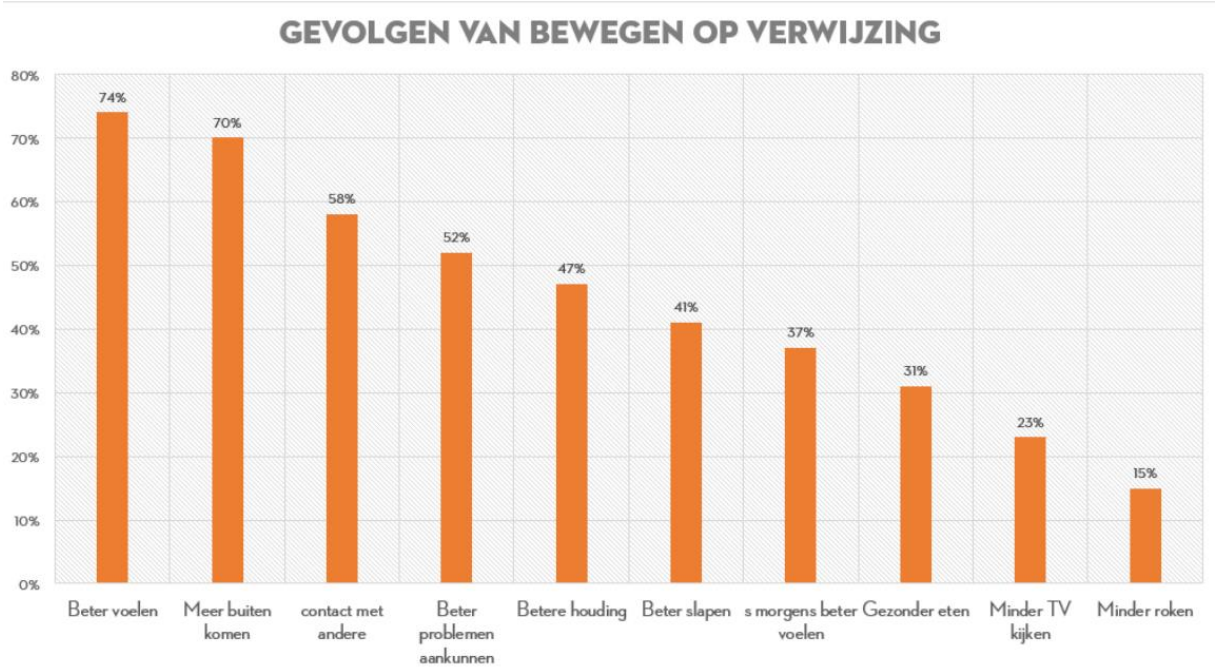
In Vlaanderen werd Bewegen Op Verwijzing voor het eerst in Leuven opgestart. In 2009 startte een pilootproject BOV in een wijkgezondheidscentrum met als concreet doel patiënten met hoge gezondheidsrisico's en/of sedentaire levensstijl beweegactiviteit aan te bieden en hierdoor gezondheidswinst te bekomen. De deelnemers aan dit project vertoonden na verloop van tijd een verbetering in subjectieve gezondheid, mentale gezondheid en zelf gerapporteerde fysieke activiteit. BOV maakt bijgevolg patiënten actiever en heeft positieve invloed op hun gezondheid (24).

Na het succes van dit pilootproject verspreidde VIGL in 2016 BOV over heel Vlaanderen. In 2018 organiseerden ongeveer 140 Vlaamse gemeenten BOV-coaching, met een stijging tot 250 gemeenten in 2022 (25).

In dit project van VIGL verwijst de arts de patiënt die volgens haar/hem een gezondheidswinst kan bereiken via een actievere levensstijl door naar een beweegcoach. Die voert een intakegesprek met afname van vragenlijsten en een fysieke test, en stelt op basis hiervan in samenspraak met de patiënt een beweegplan op. De patiënt voert gedurende enkele maanden het beweegplan uit, met opvolging door de beweegcoach. Nadien volgt er een outtakegesprek bij de beweegcoach met opnieuw afname van vragenlijsten en een fysieke test, en maakt de beweegcoach een rapport op voor de arts. Normaal gezien heeft elke patiënt die doorverwezen is naar een coach recht op zeven uur individuele begeleiding per jaar, of 21 uur per jaar indien hij kiest voor groepsbegeleiding en dit aan een voordelig tarief. Het voordelige tarief voor individuele begeleiding voor patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming is 20 euro per uur, dat voor groepsbegeleiding 4 euro per uur. Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming betalen 4 euro per uur voor individuele begeleiding of 2 euro per uur voor groepsbegeleiding.

Volgens VIGL behaalde 78% van de patiënten de doelstellingen uit het beweegplan. Dit betekent dat zij dubbel zoveel bewegen na de begeleiding. Bovendien ondervinden ze veel

andere voordelen van BOV, zoals zich beter voelen, meer naar buiten komen, meer contact met anderen, beter problemen aankunnen, beter slapen en gezonder eten. Studies tonen aan dat 90% van de deelnemers tevreden zijn over hun coach (26).



Figuur 1: Gevolgen van Bewegen Op Verwijzing (26)

1.3 International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

De fysieke activiteit werd door middel van de IPAQ-vragenlijst gemeten. IPAQ is een gevalideerd instrument voor het subjectief meten van de fysieke activiteit bij (jong)volwassenen tussen 15-69 jaar (27). De vragenlijst bestaat uit 7 open vragen over drie vormen van fysieke activiteit uitgevoerd in de zeven voorafgaande dagen: wandelen, matig en zwaar intensieve lichaamsbeweging (28). IPAQ bevraagt tevens het sedentair gedrag door te peilen naar de tijd die zittend wordt doorgebracht tijdens een weekdag.

IPAQ werd in dit project drie keer afgenomen (zie verder paragraaf 3.2.3.2.4).

2 Doel van het project

In het wijkgezondheidscentrum Heist-Op-Den-Berg en Herentals, waar ik zelf werkzaam ben, werd een kwaliteitsverbeteringsproject uitgevoerd. Dit project werd uitgevoerd op basis van de FOCUS-PDCA-methode (29). De primaire doelstelling van dit project is nagaan of een feitelijke BOV-interventie effectief is om de fysieke activiteit van een huisartsenpopulatie te verhogen. Bijkomend wordt onderzocht of socio-economische verschillen invloed hebben op het al dan niet voldoende lichaamsbeweging blijven uitoefenen.

Concrete hulpvragen:

- Hoeveel patiënten zijn aangesproken over beweging?
- Hoeveel patiënten zijn doorverwezen voor BOV-coaching?
- Hoeveel patiënten hebben de doorverwijzing geweigerd en waarom?
- Hoeveel patiënten hebben effectief de BOV-coaching volledig gevolgd?
- Hoeveel patiënten hebben de BOV-coaching vroegtijdig beëindigd?
- Hoeveel patiënten die de BOV-coaching volledig gevolgd hebben, bewegen na afloop van de coaching daadwerkelijk meer?

3 Kwaliteitsverbeterend project

3.1 Het praktijkproject: FOCUS- stappenplan

3.1.1 Find Problem

In ons wijkgezondheidscentrum behoort een opmerkelijk hoog percentage patiënten tot minder bevoordeelde socio-economische groepen in vergelijking met andere praktijken. Ongeveer 30% van de patiëntenpopulatie heeft recht op een verhoogde tegemoetkoming, terwijl dit in Heist gemiddeld 13,79% was in 2018 (30). Een groot aantal is werkzoekend en/of werkloos, heeft geen verblijfsvergunning, leert nog Nederlands of kampt met een alcohol- en/of drugsverslaving. Dit alles maakt dat de patiënt een gezonde levensstijl niet als prioriteit kan stellen. Het tekort aan lichaamsbeweging is zeer duidelijk. Bovendien is er in deze bevolkingsgroep een hogere prevalentie van de bovengenoemde bewegingsgerelateerde

aandoeningen. Bewegen Op Verwijzing zou hier een gunstige invloed op kunnen uitoefenen (24).

Tevens werd er opgemerkt dat de artsen over onvoldoende informatie beschikken betreffende de fysieke activiteit van patiënten die op raadpleging komen. Er kon niet achterhaald worden door het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) hoeveel en welk soort beweging de patiënten beoefenen. Dit valt te verwijten aan een gebrek aan registratie van patiëntengegevens betreffende de levensstijl.

Uit bevinding blijkt dat de artsen in deze praktijk de patiënten weinig motiveren tot meer beweging in het dagelijks leven. Echter behoort dit tot de preventieve taken van de huisarts. Tevens stellen de patiënten weinig hulpvragen in verband met fysieke activiteit. Een combinatie van deze twee bevindingen hebben ertoe geleid om Bewegen op Verwijzing bij een huisartsenpopulatie als onderwerp te nemen, hiermee ontstaat de mogelijkheid om de kwaliteit in de praktijk te verbeteren.

3.1.2 Organise meeting

Tijdens het multidisciplinair overleg (MDO), die om de twee weken plaatsvindt in ons wijkgezondheidscentrum Heist-op-den-Berg en Herentals, werd het probleem aan de orde gesteld en geanalyseerd. Het stappenplan en de vooruitgang van het project werden besproken.

Disciplines die deelnamen aan het project:

- Twee huisartsen
- Twee verpleegsters
- Maatschappelijke werkster
- Psycholoog
- Kinesitherapeut

3.1.3 Clarify the problem

De meerderheid van de patiënten heeft onvoldoende lichaamsbeweging en wordt weinig bevraagd en gemotiveerd door de zorgverleners van onze praktijk om meer te bewegen.

Tijdens het MDO hebben we het probleem besproken. Alle zorgverleners waren geïnteresseerd in het onderwerp. Het stappenplan is opgesteld. We hebben besloten om ons te beperken tot de patiënten waarvan de zorgverlener vermoedt dat een toename van lichaamsbeweging een verbetering teweeg brengt. Er werden inclusiecriteria opgesteld, deze omvatten enkel patiënten die tussen de 18 en 64 jaar oud zijn, geen fysieke beperking hebben, te weinig bewegen (die de aanbeveling van 30 min per dag niet halen en minstens 5 dagen per week matig intensief bewegen) en/of lang stilzitten (volgens sommige experten is dat langer dan 8 uur per dag).

Patiënten met chronische ziektes die aan de inclusiecriteria voldoen mogen aan dit onderzoek deelnemen.

Inclusiecriteria:

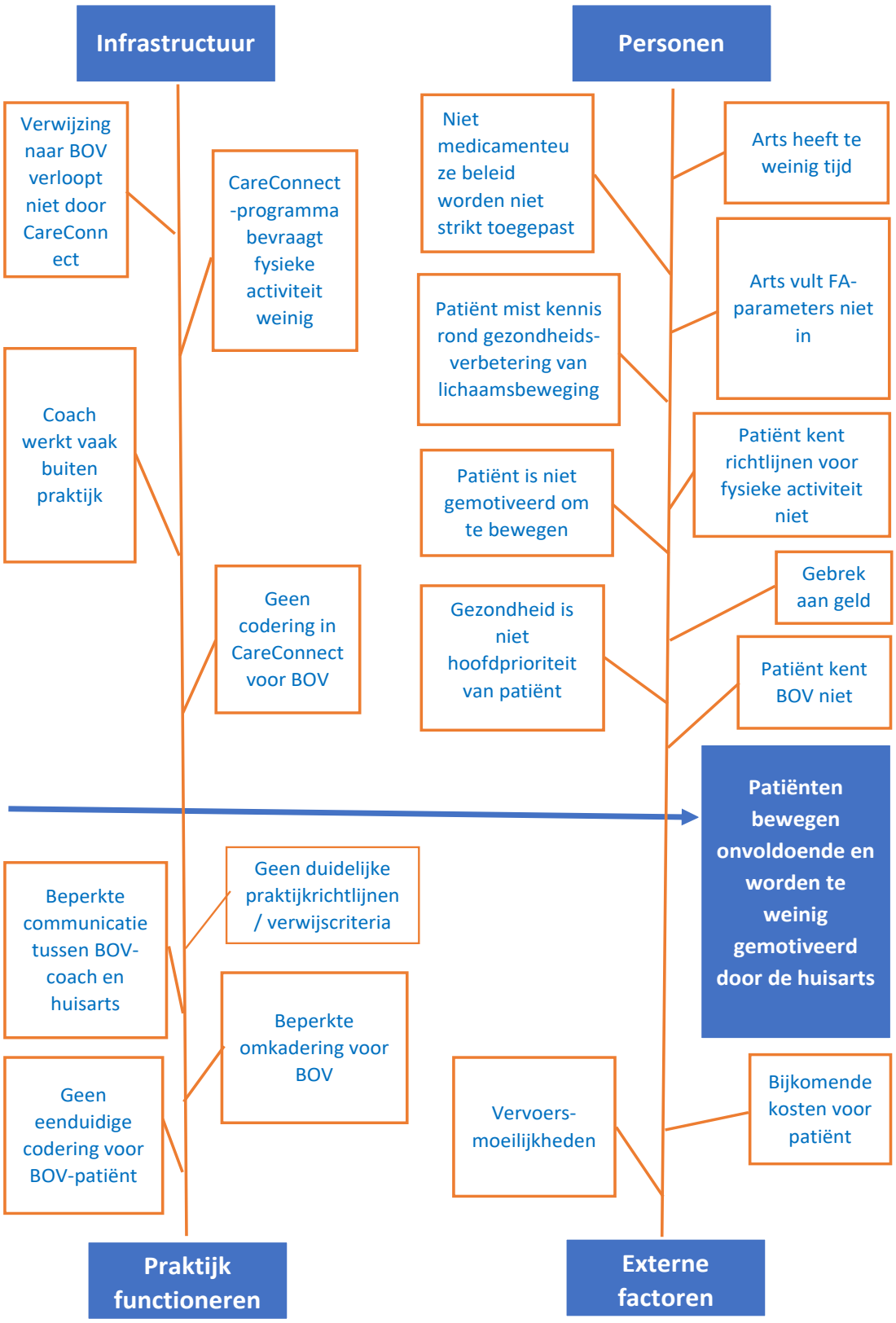
- Tussen 18 en 64 jaar oud
- Geen fysieke beperkingen
- Te weinig bewegen
- Lang stilzitten

Op deze manier proberen we de BOV-coaching bekender te maken binnen onze patiëntenpopulatie en tevens een verbetering te bieden aan het project.

3.1.4 Understand the proces/uncover the problem = Probleemanalyse/visgraatanalyse

Het probleem werd geanalyseerd aan de hand van een visgraatdiagram (figuur 2). De mogelijk oorzakelijke factoren werden opgedeeld in vier categorieën (personen, praktijk, infrastructuur en externe factoren). Op deze manier trachten we de gewenste kwaliteit van zorg te behalen.

Visgraatanalyse



Figuur 2: Visgraatanalyse

3.2 De PDCA-cyclus

3.2.1 Plan

Als team hebben we concreet plan bedacht om eventuele barrières te elimineren.

Wat de externe factoren betreft (vervoer en financiële moeilijkheden) hebben we de coaches de mogelijkheid gegeven om de intakegesprekken in onze praktijk te houden. Er werd hiervoor een vrij lokaal ingepland. Het wijkgezondheidscentrum Kempen (Heist- op-den-Berg en Herentals) betaalde bovendien de helft van het bedrag dat ten laste van de patiënt ligt (hierboven vermelde tarieven) om lichaamsbeweging extra aan te moedigen.

Om de factoren in de infrastructuur op te lossen, werd er een sjabloon voor een verwijsbrief opgemaakt en in het programma CareConnect bewaard. Dit om het opmaken van een verwijsbrief te vergemakkelijken.

In ons praktijk-functioneren werden de verwijscriteria en eenduidige codering in CareConnect opgesteld. Dit werd aan de hand van een flowchart (stappenplan) gemaakt (figuur 3). De flowchart wordt hieronder uitgebreid uitgelegd.

Het project werd in de wijkgezondheidscentra Heist- op-den-Berg en Herentals gedurende 5 maanden uitgevoerd.

Patiënten van wie de huisarts vermoedde dat lichaamsbeweging een positieve invloed kon uitoefenen op hun gezondheid, werden aangespoord om voldoende te bewegen en werden geïnformeerd over Bewegen Op Verwijzing als hulpmiddel om meer te bewegen. Nadien werden de patiënten gevraagd of zij een BOV-verwijsbrief wensten te krijgen. Indien de patiënt een doorverwijzing wenste te krijgen, werd deze opgesteld via de website van Vlaams Instituut Gezond Leven (https://www.gezondleven.be/forms/bov/1) of via het opgemaakte BOV-verwijsbrief sjabloon onder documenten in CareConnect. De verwijsbrief werd afgedrukt en aan de patiënt bezorgd. Achteraf werd de patiënt die voldeed aan de inclusiecriteria gevraagd of hij aan dit project wil deelnemen zodat hij opgevolgd wordt na de coaching.

De patiënten die door andere zorgverleners gesproken werden over BOV, werden doorverwezen naar een arts om een verwijsbrief op te stellen.

Patiënten die wensten deel te nemen aan dit project hebben een Informed Consentformulier moeten ondertekenen met een extra vraag over het al dan niet toestemming geven om naam en

telefoonnummer van de patiënt aan een BOV-coach te bezorgen. Er werd bovendien een zelfgemaakt informatieblad bijgevoegd bij het Informed Consentformulier waarop een overzicht van het project stond (zie bijlage 2).

De patiënten werden tevens gevraagd om een pre-verwijzingsvragenlijst in te vullen, bestaande uit een aantal meerkeuzevragen rond hun thuis- en werksituatie (zie bijlage 3).

De patiënten die geen BOV-verwijsbrief of deelname aan dit project wensten, werden gevraagd om te kiezen tussen onderstaande stellingen: (men mag meerdere stellingen afvinken)

- Ik wil niet deelnemen en wens hier geen reden voor te geven.
- Ik wil niet deelnemen om volgende reden: …
- Ik wil niet deelnemen, maar men mag wel mijn gegevens verzamelen.

Ze mochten hun antwoord op een apart blad afvinken (zie vraag in bijlage 4).

Er werd bovendien een brochure meegegeven aan de patiënten met informatie over BOV en de gegevens van de coach die ze mochten contacteren (zie bijlage 5)

Voor alle patiënten werd in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) (CareConnect) bij het thema planning een nieuw plan aangemaakt met vermelding:

- BOV + VB + IC (Beweging Op Verwijzing + Verwijsbrief + Informed Consent) voor de patiënten die doorverwijsbrief gekregen hebben en die wensten deel te nemen aan het project.
- BOV + VB voor de patiënten die een doorverwijsbrief gekregen hebben, maar niet wensten deel te nemen aan het project.
- BOV voor de patiënten die geen doorverwijsbrief wensten.

De patiënt werd verzocht om de coach een sms met het woord “Bewegen” te sturen of telefonisch een afspraak te maken. Nadien volgde de eerste afspraak en een intakegesprek bij de coach. Daar werd de IPAQ-vragenlijst afgenomen (pre-verwijzing-IPAQ) en werd nagegaan wat de behoeften en mogelijkheden van de patiënt zijn. Er werd vervolgens een beweegplan opgesteld met als doel de patiënt 150 minuten per week te laten bewegen op matig niveau. Het plan werd steeds concreter gemaakt bij de vervolgconsultaties bij de coach.

Er werd na elk gesprek een verslag bezorgd aan de huisarts. Op het einde volgde een outtakegesprek met de coach waar de IPAQ-vragenlijst opnieuw werd afgenomen (post-verwijzing-IPAQ). De coaching duurde gemiddeld een 6 tot 12 maanden.

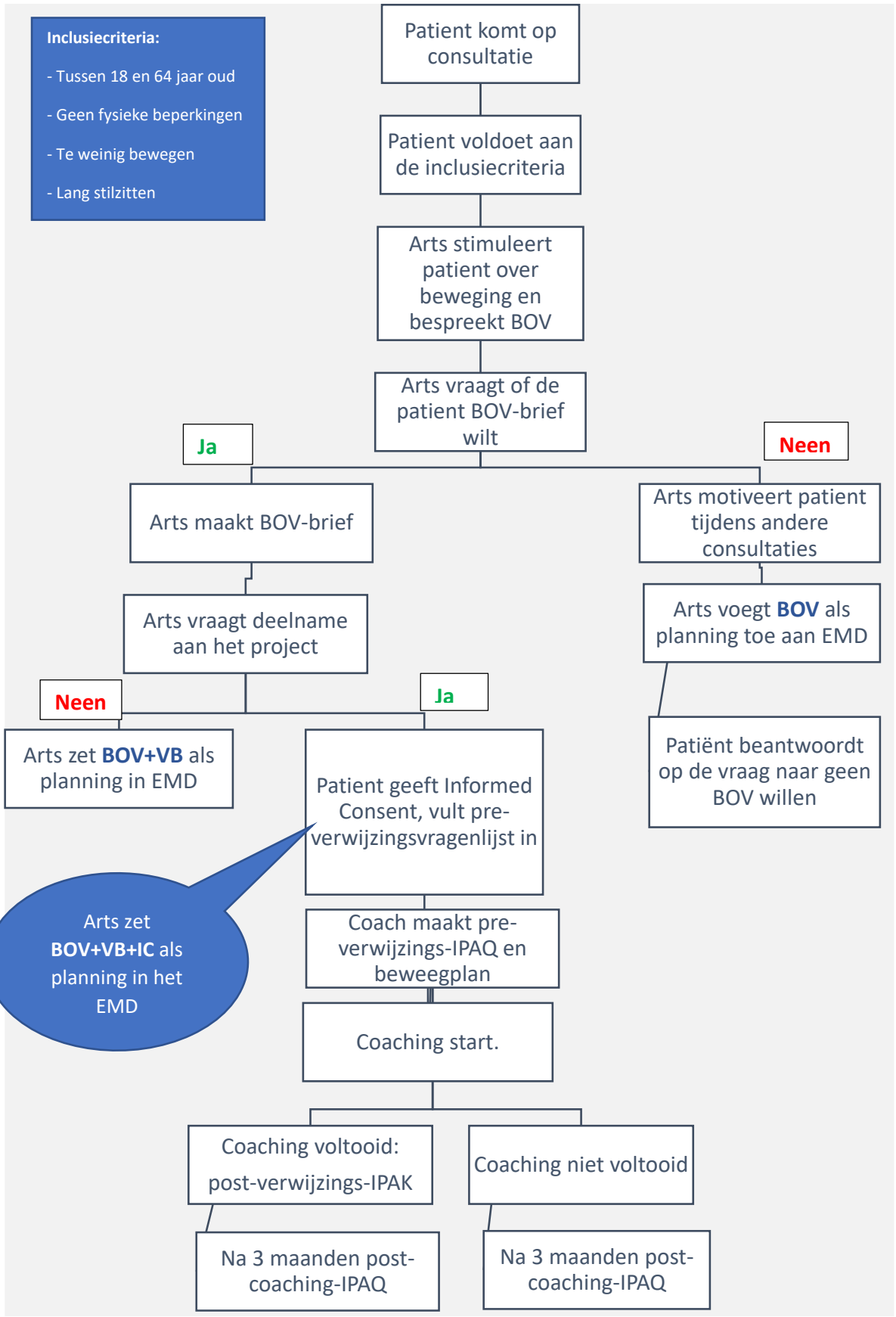
De patiënten die een BOV-verwijsbrief hebben gekregen en die akkoord gingen met het doorgeven van hun gegevens aan de coach, werden gecontacteerd door de coach indien zij zelf geen contact hadden opgenomen binnen de maand na doorverwijzing. Dit als extra stimulans voor het bewegen.

De patiënten die het project beëindigden met de coach werden na drie maanden gecontacteerd door de hoofdonderzoeker (Dr. Wanes Novart). De IPAQ-vragenlijst werd een laatste keer afgenomen (post-coaching-IPAQ).

Naast de ingevulde pre-verwijzingsvragenlijst werden uit het EMD het geslacht, de leeftijd, de BMI, al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming en belangrijke co-morbiditeit van de patiënt gehaald.

De patiënten werden gesensibiliseerd over beweging en BOV door affiches die in de wachtzaal gehangen werden (zie bijlage 6).

Dit actieplan heeft tussen november 2021 en maart 2022 plaatsgevonden na de goedkeuring van de Centrale Commissie Medische Ethiek van het UZ-Brussel (zie de goedkeuring in bijlage 1).



Figuur 3: Flowchart

3.2.2 Do

De hoofdonderzoeker (ikzelf) was ook de projectverantwoordelijke. Er werd in elke consultatieruimte een flowchart geplaatst als een geheugensteun voor de zorgverleners. Ook werden er informed-consentformulieren, pre-verwijzingsvragenlijsten, BOV-brochures en de weigeringsformulieren voorzien.

De affiches werden in de wachtzaal opgehangen.

De verwijsbrief werd in het programma CareConnect onder documenten opgesteld met als naam BOV-verwijsbrief.

De patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria en waarvan de huisarts vermoedde dat ze baat zouden hebben bij (meer) beweging werden gedurende 5 maanden (van november 2021 t.e.m. maart 2022) benaderd betreffende het BOV-initiatief.

De codering van de patiënten vond daarna plaats in CareConnect onder het thema “planning” zoals afgesproken.

De gegevens van de BOV-coach werden goed aangeduid op de brochures voor de patiënten die een doorverwijzing wensten. Het Informed Consentformulier, de pre-verwijzingsvragenlijst en het weigeringsformulier voor patiënten die geen BOV-verwijsbrief wensten, werden ook ingevuld afhankelijk van wat de patiënt wenste.

Om de collega’s te ondersteunen bij dit actieplan kregen ze tijdens het MDO de up-to-date briefing en ook via mail verschillende herinneringen.

3.2.3 Check: project evalueren

3.2.3.1 Dataverzameling

De data (de planning van de artsen en de verslagen van de coaches) werd verzameld en opgeslagen in CareConnect. De ingevulde pre-verwijzing vragenlijst en het Informed Consent-formulier werden op papier verzameld en opgeslagen in de praktijk.

Op het einde werd alle data geëxporteerd naar een Excel bestand. De data werden anoniem bewaard op een beveiligde server van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische zorg van de VUB. Bovendien werd er op de vragenlijsten enkel de geboortedatum van de patiënt

genoteerd. Na de registratie van hun antwoorden werden de papieren vernietigd in een papierversnipperaar.

3.2.3.2 Resultaten

3.2.3.2.1 Algemene patiënten populatie

In onze praktijk werden over een periode van vijf maanden (november 2021 t/m maart 2022) 39 patiënten aangesproken over het belang van voldoende lichaamsbeweging. BOV werd hierbij voorgesteld als een hulpmiddel om meer te bewegen. Twaalf patiënten hebben de doorverwijzing voor BOV geweigerd en 27 patiënten hebben een verwijsbrief gekregen en ingestemd om in te stappen in het project.

De populatie van 27 patiënten bestond uit achttien vrouwen (66,7%) en negen mannen (33,3%), waarvan de gemiddelde leeftijd 39,26 jaar bedroeg (SD 10,53) en de gemiddelde Body Mass Index (BMI) 30,57 Kg/m² (SD 5,96) was. Veertien patiënten (51,9%) hadden recht op verhoogde tegemoetkoming, bij twee patiënten (7,4%) was het niet mogelijk om hun verzekerbaarheid te zien in hun Elektronisch Medisch Dossier. Iets meer dan de helft van de ondervraagde patiënten leden aan een chronische ziekte, namelijk veertien patiënten (51,9%). Vier patiënten (14,8%) leden aan hypertensie, vier patiënten (14,8%) aan obesitas, twee patiënten (7,4%) aan HIV, één patiënt (3,7%) aan epilepsie, één patiënt (3,7%) aan chronisch vermoeidheidssyndroom, één patiënt (3,7%) aan COPD en één patiënt (3,7%) aan migraine. Twintig patiënten (74,1%) woonden samen met partner en/of kinderen en zeven patiënten (25,9%) gaven aan dat ze alleen woonden. Dertien patiënten (48,1%) hadden twee of meer kinderen, zeven patiënten (25,9%) hadden één kind en zeven patiënten (25,9%) hadden geen kinderen. Van alle 27 patiënten waren elf patiënten (40,7%) momenteel nog aan het werk, acht patiënten (29,6%) waren arbeidsongeschikt of hadden ziekteverlof, twee patiënten (7,4%) waren nog aan het studeren, twee patiënten (7,4%) waren huisvrouw/huisman, twee patiënten (7,4%) kregen leefloon van het OCMW, één patiënt (3,7%) was werkzoekend/werkloos en één patiënt (3,7%) was gepensioneerd.

Tabel 1 - Socio-demografische kenmerken van de algemeen patiënten populatie (N= 27)

Kenmerk n	**n(%)***
Geslacht	
Manelijk	9 (33,3)
Vrouwelijk	18 (66,7)
Leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	39,26 (SD 10,53)
BMI (Kg/m²); gemiddelde (SD)	30,57 (SD 5,96)
Recht hebben op verhoogde tegemoetkoming	14 (51,9)
Lijden aan chronische ziekte	14 (51,9)
Hypertensie	4 (14,8)
Obesitas	4 (14,8)
HIV	2 (7,4)
Epilepsie	1 (3,7)
Chronische vermoeidheidssyndroom	1 (3,7)
COPD	1 (3,7)
Migraine	1 (3,7)
Wooncategorie	
Woont met iemand	20 (74,1)
Woont alleen	7 (25,9)
Aantal kinderen hebben	
Geen kinderen	7 (25,9)
Eén kind	7 (25,9)
Meer dan één kind	13 (48,1)
Werksituatie	
Werkend	11 (40,7)
Arbeidsongeschiktheid/ziekte verlof	8 (29,6)
Studenten	2 (7,4)
Huisvrouw/man	2 (7,4)
Leefloon OCMW	2 (7,4)
Werkzoekend/Werkloos	1 (3,7)
Gepensioneerd	1 (3,7)

N = totaal aantal respondenten.

* Getallen zijn n(%), tenzij anders aangegeven.

Afkortingen: SD = standaarddeviatie, BMI= Body Mass Index, HIV= Human Immunodeficiency Virus, COPD= Chronic obstructive pulmonary disease, OCMW= Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

3.2.3.2.2 Respondenten

Achteraf bleek dat elf van de 27 patiënten die een verwijsbrief hadden ontvangen, de BOV-coach gecontacteerd hadden en gestart zijn met de coaching. Vijf van deze patiënten hebben het BOV-traject volledig doorlopen, drie patiënten hebben de coaching vroegtijdig afgebroken, één patiënt had voldoende lichaamsbeweging toen hij de coach contacteerde, één patiënt heeft

zijn coaching nog niet beëindigd en van één patiënt is het vervolgtraject niet gekend, omdat er geen verslag van de BOV-coach is ontvangen.

Eén van de belangrijkste doelen van dit project was om te achterhalen of de fysieke activiteit van de patiënt al dan niet werd verhoogd door de BOV-coaching. Daarom werden enkel de vijf patiënten die het volledige BOV-traject gevolgd hebben, geïncludeerd voor de eindanalyse.

3.2.3.2.3 Kenmerken van de vijf deelnemende patiënten

Drie vrouwen (60%) en twee mannen (40%) hebben het volledige BOV-traject doorlopen, hun gemiddelde leeftijd bedroeg 46,4 jaar (SD 7,02) en de gemiddelde Body Mass Index (BMI) bedroeg 28,86 Kg/m² (SD 5,14). Een ieder van hen had ten minste één chronische ziekte. Drie van de vijf patiënten (60%) hadden recht op verhoogde tegemoetkoming. Drie patiënten (60%) woonden samen met een partner en twee patiënten (40%) woonden alleen. Drie patiënten (60%) hadden twee of meer kinderen, één patiënt (20%) had één kind en één patiënt (20%) had geen kinderen. Van de vijf patiënten waren twee patiënten (20%) arbeidsongeschiktheid en/of met ziekteverlof, één patiënt (20%) was gepensioneerd, één patiënt (20%) kreeg leefloon van het OCMW en één patiënt (20%) was huisvrouw/huisman. Omwille van het beperkt aantal deelnemers is het niet mogelijk om vergelijkende statistiek toe te passen noch de invloed van socio-economische factoren te onderzoeken.

Tabel 2 - Socio-demografische kenmerken van de respondenten (N= 5)

Kenmerk n	**n(%)***
Geslacht	
Manelijk	2 (40,0)
Vrouwelijk	3 (60,0)
Leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	46,4 (SD 7,02**)**
BMI (Kg/m²); gemiddelde (SD)	28,86 (SD 5,14)
Recht hebben op verhoogde tegemoetkoming	3 (60,0)
Lijden aan chronische ziekte	5 (100,0)
Hypertensie	1 (20,0)
Astma, fibromyalgie, chronische vermoeiheissyndrom	1 (20,0)
Hypertensie en Burn-out	1 (20,0)
Hypertenie en hartklep lijden	1 (20,0)
Migraine	1 (20,0)
Wooncategorie	
Woont met iemand	3 (60,0)
Woont alleen	2 (40,0)
Aantal kinderen hebben	
Geen kinderen	1 (20,0)
Één kind	1 (20,0)
Meer dan een kind	3 (60,0)
Werksituatie	
Arbeidsongeschiktheid/ziekte verlof	2 (40,0)
Huisvrouw/man	1 (20,0)
Leefloon OCMW	1 (20,0)
Gepensioneerd	1 (20,0)

N = totaal aantal respondenten.

* Getallen zijn n(%), tenzij anders aangegeven.

Afkortingen: SD = standaarddeviatie, BMI= Body Mass Index, OCMW= Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

3.2.3.2.4 Fysieke activiteit en sedentair gedrag

3.2.3.2.4.1 Fase één: fysieke activiteit pre-interventie (pre-verwijzing-IPAQ)

De vragenlijst werd voor het eerst afgenomen door de BOV-coach tijdens het intakegesprek. De pre-verwijzing-IPAQ geeft een overzicht van de fysieke activiteit van de deelnemende patiënten voor aanvang van de BOV-coaching.

De patiënten werden bevraagd over de tijd die ze wandelend aan verschillende tempo's doorbrachten in de 7 dagen voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. Er werd gevraagd om enkel wandeltijden van minstens 10 opeenvolgende minuten in kaart te brengen. Alle vijf patiënten gaven aan dat ze gewandeld hadden. Het gemiddeld aantal dagen per week dat er

gewandeld werd was drie dagen (SD 1,58). Vier van de vijf patiënten (80%) deden dat aan een middelmatig tempo en één patiënt aan een laag tempo. Het gemiddeld aantal minuten dat er gewandeld werd per dag bedroeg 21 minuten (SD 8,94). Wekelijks bedroeg dit gemiddeld 67 minuten (SD 43,81).

Hiernaast werden de patiënten gevraagd op hoeveel dagen zij een matig intensieve fysieke activiteit beoefenden in de 7 dagen voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. Matig intensieve fysieke activiteit werd omschreven als een activiteit die iets sneller en dieper doet ademen. Daarbij werd er gevraagd om enkel activiteiten van minstens 10 opeenvolgende minuten in kaart te brengen. Er werd tevens vermeld dat wandelen of stappen niet meegerekend werd bij deze activiteiten. Vier patiënten gaven aan dat ze matig intensieve activiteiten beoefend hadden, één patiënt niet. De patiënten die aangaven wel matig intensieve activiteiten te beoefenen, deden dit gemiddeld 1,8 dagen per week (SD 1,64) met gemiddeld 42 minuten per dag (SD 26,83) en gemiddeld 84 minuten per week (SD 68,41). De patiënten werden tenslotte bevraagd over hun zwaar intensieve fysieke activiteit in de 7 dagen voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. Dit zijn activiteiten die veel sneller en dieper doen ademen. Daarbij werd er gevraagd om enkel activiteiten van minstens 10 opeenvolgende minuten in kaart te brengen. Alle patiënten gaven aan geen zwaar intensieve activiteiten te beoefenen.

Tevens werd ook gepeild naar het sedentair gedrag van de patiënten. Dit werd bevraagd door het doorgeven van het aantal uren dat ze zittend doorbrachten tijdens één weekdag. Dit bedroeg gemiddeld 432 minuten per dag (7,2 uur) (SD 200,79).

3.2.3.2.4.2 Fase twee: fysieke activiteit op het einde van de interventie (post-verwijzing-IPAQ)

De fysieke activiteit werd op het eind van de BOV-coaching nogmaals afgenomen. De post-verwijzing-IPAQ geeft een overzicht van de fysieke activiteit van de deelnemende patiënten bij het beëindigen van de coaching.

Alle vijf deelnemers gaven aan dat zij gewandeld hadden tijdens de 7 dagen voorafgaand aan de afname van de post-verwijzing-IPAQ. Het gemiddeld aantal dagen per week dat er gewandeld werd was 3,80 dagen (SD 0,83). Vier patiënten (80%) deden dat aan een middelmatig tempo en één patiënt (20%) aan een laag tempo. Het gemiddeld aantal minuten wandelen per dag bedroeg 23 minuten (SD 9,74) en per week 90 minuten (SD 47,43). Daarnaast beoefenden vier patiënten matige activiteiten per week met een gemiddelde van 2,40 dagen (SD

2,07). Het gemiddeld aantal minuten dat er matige activiteiten beoefend werden, bedroeg 42 minuten per dag (SD 26,83) en 120 minuten per week (SD 112,25). Eén patiënt had vermeld dat hij zware activiteiten beoefend had. Dat werd 3 dagen per week uitgeoefend met een gemiddelde van 60 minuten per dag.

Het al dan niet bereiken het doelniveau vooropgesteld door de WGO en het Vlaams Instituut Gezond Leven (VIGL) voor matige en zware fysieke activiteit, zien we dat vier patiënten daaraan voldeden (10,31).

Het aantal minuten/uren die de patiënten zittend doorbrachten tijdens een weekdag bedroeg 408 minuten per dag (6,8 uur) (SD 176,97).

3.2.3.2.4.3 Fase drie: fysieke activiteit drie maanden na de interventie (post-coaching-IPAQ)

De fysieke activiteit werd nog een laatste keer gemeten 3 maanden na het beëindigen van de BOV-coaching. De post-coaching-IPAQ geeft een overzicht van de fysieke activiteit van de deelnemers drie maanden na het beëindigen van de BOV-coaching.

Drie patiënten hebben aangegeven gewandeld te hebben in de 7 dagen voorafgaand aan de afname van de post-coaching-IPAQ en twee patiënten niet. Van de patiënten die aangaven dat ze gewandeld hadden, zien we dat twee patiënten (40%) dat deden aan een middelmatig tempo en één patiënt (20%) aan een laag tempo. Er werd gemiddeld 2,60 (SD 2,88) dagen per week gewandeld met een gemiddelde van 30 minuten per dag (SD 30) en 138 minuten per week (SD 174,41). Twee patiënten hebben matige activiteiten beoefend met een gemiddelde van 1,60 dagen per week. Gemiddeld was dit 20 minuten per dag (SD 28,28) en 68 minuten per week (SD 121,32). Alle vijf deelnemers gaven aan geen zware activiteiten beoefend te hebben in de 7 dagen voorafgaand aan de afname van de vragenlijst.

Twee patiënten bereikten het doelniveau voorgesteld door WGO en VIGL voor matige en zware fysieke activiteit en drie patiënten niet.

De patiënten brachten tevens gemiddeld 380 minuten (6,3uur) (SD 159,37) zittend door per weekdag.

Tabel 3 - Hoeveelheid fysieke activiteit en sedentair gedrag van de deelnemers

Fase 1

Kenmerk	**N***	
Wandelen	5	
Wandeltempo		
Laag tempo, n(%)		1 (20,00)
Matig tempo, n(%)		4 (80,00)
Aantal dagen wandelen per week; gemiddelde (SD)		3 (1,58)
Totaal minuten wandelen per dag; gemiddelde (SD)		21 (8,94)
Totaal minuten wandelen per week; gemiddelde (SD)		67 (43,81)
Matige fysieke activiteiten	4	
Aantal dagen matige fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		1,8 (1,64)
Totaal minuten matige fysieke activiteiten per dag; gemiddelde (SD)		42 (26,83)
Totaal minuten matige fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		84 (68,41)
Zware fysieke activiteiten	0	
Aantal dagen zware fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		0 (0,00)
Totaal minuten zware fysieke activiteiten per dag; gemiddelde (SD)		0 (0,00)
Totaal minuten zware fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		0 (0,00)
Zitten	5	
Totaal uren zittend doorgebracht op 1 weekdag; gemiddelde (SD)		7,2 (3,34)

Fase 2

Kenmerk	**N***	
Wandelen	5	
Wandeltempo		
Laag tempo, n(%)		1 (20)
Matig tempo, n(%)		4 (80)
Aantal dagen wandelen per week; gemiddelde (SD)		3,8 (0,83)
Totaal minuten wandelen per dag; gemiddelde (SD)		23 (9,74)
Totaal minuten wandelen per week; gemiddelde (SD)		90 (47,43)
Matige fysieke activiteiten	4	
Aantal dagen matige fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		2,4 (2,07)
Totaal minuten matige fysieke activiteiten per dag; gemiddelde (SD)		42 (26,83)
Totaal minuten matige fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		120 (112,25)
Zware fysieke activiteiten	1	
Aantal dagen zware fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		3 (/)
Totaal minuten zware fysieke activiteiten per dag; gemiddelde (SD)		60 (/)
Totaal minuten zware fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		180 (/)
Zitten	5	
Totaal uren zittend doorgebracht op 1 weekdag; gemiddelde (SD)		6,8 (2,94)
Voldoen aan aanbeveling voor matige en zware fysieke activiteit n (%)		
Voloen	4	(80)
Niet voldoen	1	(20)

Tabel 3 - Hoeveelheid fysieke activiteit en sedentair gedrag van de deelnemers

Fase 3

Kenmerk	**N***	
Wandelen	3	
Wandeltempo		
Laag tempo, n(%)		1 (20)
Matig tempo, n(%)		2 (40)
Aantal dagen wandelen per week; gemiddelde (SD)		2,6 (2,88)
Totaal minuten wandelen per dag; gemiddelde (SD)		30 (30)
Totaal minuten wandelen per week; gemiddelde (SD)		138 (174,41)
Matige fysieke activiteiten	2	
Aantal dagen matige fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		1,6
Totaal minuten matige fysieke activiteiten per dag; gemiddelde (SD)		20 (28,28)
Totaal minuten matige fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		68 (121,32)
Zware fysieke activiteiten	0	
Aantal dagen zware fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		0
Totaal minuten zware fysieke activiteiten per dag; gemiddelde (SD)		0
Totaal minuten zware fysieke activiteiten per week; gemiddelde (SD)		0
Zitten	5	
Totaal uren zittend doorgebracht op 1 weekdag; gemiddelde (SD)		6,3 (2,65)
Voldoen aan aanbeveling voor matige en zware fysieke activiteit n(%)		
Voldoen	2	(40)
Niet voldoen	3	(60)

N = totaal aantal respondenten

Afkortingen: SD = standaarddeviatie

* Getallen zijn n(%), tenzij anders aangegeven.

3.2.3.2.5 Reden van het wel/niet beoefenen van lichaamsbeweging

De belemmerende factoren die meespeelden bij de weigering van patiënten voor deelname aan de BOV-coaching in kaart gebracht.

Van de twaalf patiënten die de BOV-verwijsbrief weigerden, gaven twee patiënten gebrek aan tijd als belemmerende factor op. Twee andere patiënten wilden eerst zelf voldoende proberen te bewegen. Drie patiënten vonden dat ze al voldoende lichaamsbeweging beoefenden en dat de BOV-coaching geen vooruitgang zou bieden; hiervan doorliep één patiënt al eerder de BOV-interventie. Andere redenen die voor de patiënten barrières vormden, waren de kostprijs van de BOV-coaching, een verhuizing en geen zin om met nieuwe mensen te praten.

Van de zestien patiënten die de BOV-verwijsbrief ontvingen, maar geen contact opnamen met de coach, gaven acht patiënten wel de reden op. Vijf patiënten vermeldden gebrek aan tijd als

belemmerende factor. Hiernaast gaf één patiënt aan dat de BOV-coaching niet helpt om te vermageren en dit een barrière voor hem vormt. Vergeten en gebrek aan extra energie vormen de redenen van de overige twee patiënten.

Tabel 4 - Overzicht van de voornaamste redenen van weigering en hun frequentie

Weigeringscriteria	**N**
Gebrek aan tijd	7
BOV helpt niet	4
Eerst zelf proberen bewegen	2
BOV kan niet in het weekend	1
Vergeten	1
Kostprijs	1
Verhuizen	1
Geen zin om met nieuwe mensen te praten	1
Uitstellen	1

N = totaal aantal respondenten.
* Getallen zijn n(%), tenzij anders aangegeven.
Afkortingen: BOV= Bewegen Op Verwijzing-Coaches

4 Bespreking

Het doel van dit project was het implementeren van Bewegen Op Verwijzing in een huisartsenpraktijk en de invloed hiervan op de feitelijke fysieke activiteit van de deelnemers in de periode van drie maanden volgend op de coaching te bestuderen. Tijdens dit project namen elf patiënten de stap om deel te nemen aan de BOV-coaching. Zes hiervan beëindigden het traject vroegtijdig. Vijf patiënten doorliepen de volledige BOV-coaching. Deze laatste patiënten toonden verbetering in het aantal uitgeoefende minuten van matige tot zware fysieke activiteit tijdens de coaching. Hieruit bleek dat het gemiddelde aantal minuten wandelen aan een laag tot matig tempo steeg van oorspronkelijk 67 minuten naar 90 minuten per week. Het gemiddelde aantal minuten uitgeoefende matige, fysieke activiteit nam eveneens toe van 84 minuten naar 120 minuten per week. Daarenboven begon één patiënt met het beoefenen van zware fysieke activiteit tijdens de coaching. Tevens verbeterde het gemiddelde aantal uren die de patiënten zittend doorbrachten per weekdag. De patiënten zaten voordien gemiddeld 7,2 uur per weekdag en dit daalde tijdens de coaching tot 6,8 uur.

Uiteindelijk bleek deze verbetering een tijdelijk fenomeen. Drie maanden na de coaching toonden deze patiënten terug een lager niveau van het aantal uitgeoefende minuten matige tot zware fysieke activiteit. Ondanks een gemiddeld aantal minuten wandelen per week van 138

minuten, wandelden er minder patiënten. Het gemiddelde aantal minuten uitgeoefende matige, fysieke activiteit daalde ook naar 68 minuten per week. Geen enkele patiënt beoefende nog zware fysieke activiteit. Andere studies vinden een vergelijkbaar dalen van de fysieke activiteitsgraad na de coaching. De extrinsieke factoren waren mogelijk minder motiverend. Een onderzoek bestempelde de weersomstandigheden als een belemmerende factor voor fysieke activiteit (32). Gezien het heel koude winterseizoen van 2022/2023 geldt dit mogelijk ook voor dit project. Verschillende patiënten verklaren hun mindere motivatie tot bewegen door het weer. Daarnaast zijn er ook intrinsieke factoren. De patiënten beseffen het belang van beweging voor hun gezondheid, maar het ontbreekt hen aan interne motiverende factoren om voldoende lichaamsbeweging vol te houden. Deze heel individuele factoren veranderen naargelang de persoon. Dit bemoeilijkt het modificeren van intrinsieke factoren. Waarschijnlijk waren die interne motiverende factoren meer aanwezig tijdens de BOV-coaching zodat de fysieke activiteitsgraad van de deelnemers doen stijgen. Vandaar het belang van BOV-coaching aangezien de coach een individueel plan opstelt voor elke patiënt

Het gemiddeld aantal uren dat de deelnemers in dit project zittend doorbrachten nam af tijdens en na de coaching. Gemiddeld bedroeg dit 7,4 uur per week in fase één en nam dit af in fase twee en drie naar respectievelijk 6,8 en 6,3. Deze afname van het sedentair gedrag levert ook gezondheidsvoordelen op (7). In vergelijking met de algemene Belgische populatie liggen deze cijfers echter nog steeds hoger. Een volwassen Belg spendeert gemiddeld 5,8 uur zittend per dag (33).

Het aantal deelnemende patiënten aan de BOV-coaching in dit project is vergelijkbaar met andere studies. Deze tonen eveneens een gebrek aan motivatie bij de patiënten om deel te nemen aan deze interventie. Echter, in tegenstelling tot dit project, kenden deze studies een strengere selectiecriteria. Dat zou mogelijk in vergelijking met dit project geen invloed had op het aantal deelnemers (34,35).

Onderzoek toonden reeds aan dat de huisarts een belangrijke rol speelt in het promoten van fysieke activiteit bij de patiënten. Daarnaast heeft hij een grote invloed op de patiënten hun lichaamsbeweging (36). Bij BOV-interventie verwijst de huisarts de patiënt door naar de coach. Daarna maakt de huisarts zelf geen deel meer uit van de coaching. Mogelijk ligt hierin de reden voor het lage aantal deelnemers aan de BOV. Bovendien speelt de manier waarop de huisarts het BOV aanbrengt bij de patiënten ook een rol in hun al dan niet deelnemen. Een studie over de drempels van de huisartsen bij doorverwijzing naar BOV, toonde aan dat huisartsen ervaren

dat veel patiënten het belang van deze gedragsverandering niet inzien. Bovendien hebben zij de indruk dat patiënten het BOV-project ook onvoldoende kennen (37).

Ook artsgebonden factoren spelen dus een rol. Eén van de deelnemende artsen kent een zeer grote werkdruk, waardoor de patiënt door tijdgebrek niet werd aangesproken of weinig werd gemotiveerd om deel te nemen. Ook de intrinsieke motivatie van de artsen speelt mogelijk een rol: er is geen direct voordeel voor de arts om de patiënt aan te sporen deel te nemen aan het project. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat alle patiënten die het traject doorliepen, afkomstig waren van één praktijk. De motivatie van de artsen in die praktijk was wellicht hoger. Daarnaast daalt de participatiegraad van een wijkgezondheidscentrum gezien vaak de patiënten meer bezig zijn met psychosociale factoren dan hun gezondheid (24).

Een studie die onderzoek deed naar de fysieke activiteit tijdens het bewegen in georganiseerde groepen onder begeleiding, nam eveneens een verbetering van de fysieke activiteit van de deelnemers waar gedurende de begeleiding. De begeleiding was echter een voorwaarde om de toenemende beweging vol te houden (38).

In dit project bleek de meest opvallende, belemmerende factor voor deelname aan de BOV-coaching het gebrek aan tijd. Alle patiënten die de BOV-coaching volledig doorliepen, werkten niet ten tijde van de coaching. Mogelijk gaf hen dit meer tijd om de coaching te volgen. Andere belemmerende factoren kregen een minder expliciete vermelding. Eén patiënt bestempelde de onmogelijkheid tot coaching tijdens het weekend als een belemmerende factor voor deelname, wat een gebrek aan tijd tijdens de weekdagen indiceert. Andere studies vermeldden deze belemmerende factor niet. Eventueel kan men de BOV-coaching in het weekend (op verzoek) laten plaatsvinden als hypothese om de respons bij patiënten te verbeteren.

Het gebrek aan tijd kwam in verschillende studies naar voor als de grootste belemmerende factor voor deelname aan BOV. Overige barrières betroffen het gebrek aan motivatie, de aanwezigheid van co-morbiditeiten, de veronderstelde vermoeidheid bij bewegen, de toewijding aan een job of studie en de geloofsovertuiging (35,38–40).

Waar de aanwezigheid van co-morbiditeiten een barrière vormde in andere studies, komt het in dit project naar voor als een motiverende factor, aangezien alle deelnemers leden aan minstens één co-morbiditeit (zie tabel 2).

Er namen in dit project meer vrouwen deel aan de BOV-coaching dan mannen, vergelijkbaar met andere interventionele studies (41). Bovendien voldeden drie maanden na het beëindigen

van de BOV-coaching twee deelnemers aan de aanbevelingen voor matige en zware fysieke activiteit, beide vrouwen. Onderzoek toont nochtans aan dat vrouwen minder actief zijn dan mannen in de algemene Belgische populatie (33,42). De beperkte studiepopulatie in dit project verklaart mogelijk dat verschil.

Uit de Gezondheidsenquête 2018 bleek dat slechts 30% van de Belgen minstens 150 minuten per week aan een matige intensiteit bewegen (42). In dit project beoefenden uiteindelijk maar twee deelnemers minstens 150 minuten matige activiteit. Dat komt overeen met de algemene Belgische populatie.

Toekomstige onderzoeken rond het weghalen van de belemmeringen voor de daling van fysieke activiteit na BOV-coaching blijven noodzakelijk. Tevens raadt dit onderzoek interventies ter motivatie van huisartsen voor BOV aan.

3.2.4. Act

Uit de resultaten bleek dat de fysieke activiteitsgraad van de deelnemers tijdelijk toenam tijdens de BOV-coaching. Drie maanden na de coaching is er een regressie van de activiteitsgraad zichtbaar. Het aantal deelnemende patiënten aan de coaching was echter te klein om significante resultaten te verkrijgen uit dit project.

Gezien BOV kwalitatieve verbetering van de gezondheid oplevert, koos de praktijk ervoor het project aan te passen (to adjust). Ook kwamen er enkele beperkingen in het project naar voor. De te brede inclusiecriteria bemoeilijkten de selectieprocedure van de artsen bij het kiezen van geschikte patiënten die het meest baat zouden hebben bij de BOV-coaching. Tevens bleken de pre-verwijzingsvragenlijst, het informed consent formulier en het coderen in het EMD te ingewikkeld voor zowel de patiënten als de artsen. Het gebrek aan tijd bij artsen was de grootste belemmering om de verwachtingen van de patiënten te achterhalen en welke ondersteuning zij verwachtten van de coaches.

Het project toonde zich echter niet nutteloos voor heel het team. De fysieke activiteit van de patiënten kreeg meer aandacht. Bovendien bleven de medewerkers van het team inzetten op het motiveren van patiënten tot meer bewegen in het dagelijks leven. Om dit verder te stimuleren, besliste het team bewegingscampagnes uit te voeren in samenwerking met de kinesisten. Eén van deze campagnes is wijkbeweging, een aantal sessies met beweging in groepsverband. Ook

de samenwerking met de BOV-coaches blijft prioritair, vooral dat ze gebruik kunnen maken van de consultatieruimtes voor intakes of overleg lijkt noodzakelijk.

5 Besluit

BOV kan helpen om de bewegingsgraad van patiënten te verhogen. De moeilijkste stap blijkt het motiveren van patiënten om deel te nemen en hun levensstijl aan te passen. Het beperkte aantal deelnemers vraagt om een voorzichtige interpretatie van de resultaten. Een extrapolatie naar de gemiddelde Belgische bevolking of naar andere huisartsenpraktijken is niet opportuun.

Toekomstig onderzoek focust zich best vooral op het wegnemen van drempels zodat de deelnamegraad verhoogt, en op methodes die de dip in fysieke activiteit na de BOV-coaching beperken.

6 Dankwoord

Allereerst wil ik mijn promotor prof. dr. Devroey en mijn co-promotor dr. Boulanger , bedanken voor de waardevolle begeleiding. Wanneer ik met een probleem worstelde of een vraag had over mijn onderzoek stonden zij altijd paraat. Daarnaast wil ik mijn praktijkopleiders dr. De Smedt en dr. Al-Neama en de andere collega's van het wijkgezondheidscentrum Heist-Op-Den-Berg en Herentals bedanken voor de nodige tijd en ruimte om dit praktijkproject te voltooien. Verder bedank ik de patiënten voor hun deelname aan dit project.

Tot slot verdient mijn familie zeker nog een bedankje. Dankzij de steun, onmetelijke hulp en motivatie van mijn man, Melek, en mijn moeder, Eveline, bracht ik dit onderzoek tot een goed einde. Last, but not least, gaat mijn dank naar mijn pasgeborene Livia voor alle mooie momenten tijdens het schrijven van deze scriptie.

7 Referenties:

1. Bouchard C, Shephard RJ. Physical activity, fitness, and health: The model and key concepts. In: Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement. Champaign, IL, England: Human Kinetics Publishers; 1994. p. 77-88.

2. Sharif K, Watad A, Bragazzi NL, Lichtbroun M, Amital H, Shoenfeld Y. Physical activity and autoimmune diseases: Get moving and manage the disease. Autoimmun Rev. januari 2018;17(1):53-72.

3. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [geciteerd 13 november 2022]. 101 p. Beschikbaar op: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722

4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. 2013. Beschikbaar op: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/?sequence=1

5. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health [Internet]. 2010. Beschikbaar op: https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979

6. Mandsager K, Harb S, Cremer P, Phelan D, Nissen SE, Jaber W. Association of Cardiorespiratory Fitness With Long-term Mortality Among Adults Undergoing Exercise Treadmill Testing. JAMA Netw Open. 5 oktober 2018;1(6):e183605.

7. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [Internet]. Washington, DC: U.S.; 2018. Beschikbaar op: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf

8. World Health Organization. Physical activity [Internet]. [geciteerd 13 november 2022]. Beschikbaar op: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

9. Het Vlaams Instituut Gezond Leven. Beweging & sedentair gedrag | Gezond Leven [Internet]. [geciteerd 13 november 2022]. Beschikbaar op: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag

10. Het Vlaams Instituut Gezond Leven. Vlaamse gezondheidsaanbevelingen 2021 sedentair gedrag (lang stilzitten), beweging en slaap [Internet]. 2021. Beschikbaar op: https://www.gezondleven.be/files/beweging/GL_GEZONDHEIDSAANBEVELINGEN_2021_DIGITAAL140421.pdf

11. BEL S, DE RIDDER K, LEBACQ T, OST C, TEPPERS E. Lichaamsbeweging en sedentair gedrag [Internet]. Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. WIV-ISP, Brussel; 2016. Beschikbaar op: https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/NEDERLANDS/PA_NL.pdf

12. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. Lancet Glob Health. oktober 2018;6(10):e1077-86.

13. Drieskens S. Lichaamsbeweging [Internet]. Brussel - België: Sciensano Epidemiologie en volksgezondheid - Levensstijl en chronische ziekten; 2018. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/pa_rapport2_his2018_nl_v3.pdf

14. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW, e.a. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? Lancet Lond Engl. 21 juli 2012;380(9838):258-71.

15. Beweegt de Vlaming genoeg? | Gezond Leven [Internet]. [geciteerd 14 november 2022]. Beschikbaar op: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/cijfers-beweging/beweegt-de-vlaming-genoeg

16. publichealthupdate. The Global status report on physical activity 2022 [Internet]. 2022 [geciteerd 14 november 2022]. Beschikbaar op: https://publichealthupdate.com/the-global-status-report-on-physical-activity-2022/

17. Joelsson M, Lundqvist S, Larsson MEH. Tailored physical activity on prescription with follow-ups improved motivation and physical activity levels. A qualitative study of a 5-year Swedish primary care intervention. Scand J Prim Health Care. december 2020;38(4):399-410.

18. Missud DC, Parot-Schinkel E, Connan L, Vielle B, Huez JF. Physical activity prescription for general practice patients with cardiovascular risk factors-the PEPPER randomised controlled trial protocol. BMC Public Health. 3 juni 2019;19(1):688.

19. Riera-Sampol A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A. Effectiveness of physical activity prescription by primary care nurses using health assets: A randomized controlled trial. J Adv Nurs. maart 2021;77(3):1518-32.

20. Sanchez A, Bully P, Martinez C, Grandes G. Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews. Prev Med. juli 2015;76 Suppl:S56-67.

21. Kallings LV, Sierra Johnson J, Fisher RM, Faire U de, Ståhle A, Hemmingsson E, e.a. Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol. februari 2009;16(1):80-4.

22. Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, e.a. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. Arch Intern Med. 13 april 2009;169(7):694-701.

23. Riera-Sampol A, Tauler P, Bennasar-Veny M, Leiva A, Artigues-Vives G, De Pedro-Gómez J, e.a. Physical activity prescription by primary care nurses using health assets: Study design of a randomized controlled trial in patients with cardiovascular risk factors. J Adv Nurs. september 2017;73(9):2191-200.

24. Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift Resultaten van een pilootproject waarbij de actieve levensstijl van maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars bevorderd wordt [Internet]. Riso Vlaams -Brabant vzw Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt vzw Ready2Improve; 2012. Beschikbaar op: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Boffen_de_deelnemers_van_BOV_Rapport_2012.pdf

25. Bewegen Op Verwijzing: Wat en hoe? | Gezond Leven [Internet]. [geciteerd 14 november 2022]. Beschikbaar op: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe

26. Wat zijn de voordelen van Bewegingen Op Verwijzing? | Gezond Leven [Internet]. [geciteerd 14 november 2022]. Beschikbaar op: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/wat-zijn-de-voordelen-van-bewegingen-op-verwijzing

27. Dinger MK, Behrens TK, Han JL. Validity and Reliability of the International Physical Activity Questionnaire in College Students. Am J Health Educ. 2006;37(6):337-43.

28. INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (August 2002) SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED FORMAT [Internet]. YOUTHREX; Beschikbaar op: https://youthrex.com/wp-content/uploads/2019/10/IPAQ-TM.pdf

29. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit [Internet]. Antwerpen Standaard; 2008. Beschikbaar op: https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:3080033

30. Personen met verhoogde tegemoetkoming in ziekteverzekering | Gemeente-Stadsmonitor [Internet]. [geciteerd 13 februari 2023]. Beschikbaar op: https://gemeente-stadsmonitor.vlaanderen.be/indicators/personen-met-verhoogde-tegemoetkoming-ziekteverzekering

31. RECOMMENDED POPULATION LEVELS OF PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH [Internet]. Global Recommendations on Physical Activity for Health. World Health Organization; 2010 [geciteerd 2 april 2023]. Beschikbaar op: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305058/

32. Korkiakangas EE, Alahuhta MA, Husman PM, Keinänen-Kiukaanniemi S, Taanila AM, Laitinen JH. Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study. Scand J Caring Sci. 2011;25(1):62-9.

33. Drieskens S. Lichaamsbeweging [Internet]. Brussel - België: Sciensano Epidemiologie en volksgezondheid - Levensstijl en chronische ziekten; 2018. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/pa_rapport2_his2018_nl_v3.pdf

34. Vandevoorde J, Van Rossem I, De Cock C. Beweging op Verwijzing bij patiënten met Chronisch Obstructieve Longaandoening: een kwaliteitsverbeterend project. 2019; Beschikbaar op: file:///C:/Users/novar/Downloads/de%20cock_caroline_BOV%20manama%20thesis%20caroline%20De%20Cock%202017-2019.pdf_e05a9029e815121cb8e80370afe2a913%20(1).pdf

35. Vankrunkelsven P, Pieterjan D. Bewegen Op Verwijzing – Patiëntgebonden kenmerken, motivaties, barrières en opportuniteiten om deel te nemen aan BOV en het al dan niet succesvol te beëindigen. Beschikbaar op: file:///C:/Users/novar/Downloads/%7B2c2dc456-759e-49a2-e84c-afa7f0ca0855%7D_Masterproef_PieterjanDebbaut.pdf

36. Duclos M, Dejager S, Postel-Vinay N, di Nicola S, Quéré S, Fiquet B. Physical activity in patients with type 2 diabetes and hypertension--insights into motivations and barriers from the MOBILE study. Vasc Health Risk Manag. 2015;11:361-71.

37. Vermandere M, De Smyter L. Bewegen Op Verwijzing: een evaluatie door de huisarts. 2020; Beschikbaar op: file:///C:/Users/novar/Downloads/DE%20SMYTER_Liese_LIESE%20DE%20SMYTER%20Bewegen%20Op%20Verwijzing%20-%20Een%20evaluatie%20door%20de%20huisarts.pdf_0cc42713fb1a7bb96c66966201166263.pdf

38. Verbakel J, Barsegian S. Evaluatie van beweegadvies aan de hand van barrières en facilitatoren van beweging en een hieraan gekoppeld beweegplan onder begeleiding van een beweegcoach in onze huisartsenpraktijk bij inactieve patiënten met (pre-)diabetes en/of obesitas tussen de leeftijd van 20 en 60 jaar. 2019; Beschikbaar op: file:///C:/Users/novar/Downloads/BARSEGIAN_Sergei_Masterproef%20Barsegian%20Sergei%20_%202019.pdf_ae5df01cd19dd17b24e3b52eac8c2250.pdf

39. Deforche B, Art B, Van Puyenbroeck J, Van De Sype P. FACTOREN GERELATEERD AAN DEELNAME AAN EEN BEWEGINGSPROGRAMMA OP VOORSCHRIFT BIJ DIABETES PATIËNTEN VAN HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE VLIER. Beschikbaar op: file:///C:/Users/novar/Downloads/%7B13388ee4-dff4-4766-e0e0-4ae1b9e9e2d9%7D_manama_finale_versie.pdf

40. Zunft HJ, Friebe D, Seppelt B, Widhalm K, Remaut de Winter AM, Vaz de Almeida MD, e.a. Perceived benefits and barriers to physical activity in a nationally representative sample in the European Union. Public Health Nutr. maart 1999;2(1A):153-60.

41. Decat P, Van Rillaer L. Bewegingspromotie in de gemeenschap ondersteund door de huisartsenpraktijk: waarom is sporten in groep zo'n succesverhaal? Beschikbaar op: file:///C:/Users/novar/Downloads/%7B87e0e448-6b52-aa7d-7fd5-0091862200cd%7D_Bewegingspromotie_in_de_gemeens.pdf

42. Renard F, Scohy A, De Pauw R, Jurčević J, Devleesschauwer B. HEALTH STATUS REPORT 2021 – DE GEZONDHEIDSTOESTAND IN BELGIË [Internet]. 2022. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/hsr2021_nl.pdf

8 Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Ethische commissie UZ Brussel

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

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

DIRK DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

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

Brussels, 2021-10-27

EC number: EC-2021-288

LEADING ETHICS COMMITTEE - SINGLE OPINION

Concerning :
The influence of Exercise On Referral on the physical activity of (a) general practitioner population.
BUN: 1432021000594

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII - Article 11 - § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2021-10-27, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Cc: FAGG, Departement R&D

EC Document List

STUDY REGISTRATION

certificaat GCP Prof. Dirk Devroey

certificaat GCP prof. Vansintejan

CV Dirk Devroey private CV 22072021

Informatieformulier + ICF versie twee 15-10-2021

FB GDPR checklist klinisch onderzoek

Onderzoeksprotocol, versie twee 15-10-2021

IPAQ korte versie, versie één 22-08-2021

pre-verwijzingsvragenlijst, versie één 22-08-2021

Vraag voor patiënten die geen BOV-brief willen, versie één 22-08-2021

Verzekeringsattest 14-10-2021

Antwoordbrief 15-10-2021

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

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

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

Meeting date: 2021-10-27

Ons kenmerk: EC-2021-288

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL – VUB (since 18-08-2021)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. D. Michielsen, MD, PhD	CHAIRMAN Urology UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Dr. P. Flamee, MD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Mr. B. Humblet	Patient representative External Member	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. M. Moens, MD, PhD	Neurosurgery UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Mrs. S. Pirlotte	Nurse UZ BRUSSEL	F
Mr. T. Van Sande	Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. K. Vergaelen, MD	Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

Bijlage 2: Informed Consent

Informatieformulier

In het kader van mijn masterproef voor het behalen van het diploma in de Huisartsgeneeskunde voer ik een onderzoek uit naar de invloed van “Bewegen Op Verwijzing” op de fysieke activiteit van patiënten bij de huisarts.

Fysieke activiteit wordt geassocieerd met een gunstig effect op meerdere aandoeningen, waaronder: hart- en bloedvaatziekten, chronische ademhalingsziekten, diabetes en kanker. Studies hebben reeds aangetoond dat er maar weinig volwassenen zijn die aan de aanbevelingen voor fysieke activiteit voldoen.

De fysieke activiteit wordt daarom door verschillende kanalen gepromoot. Hiervoor heeft Vlaanderen in 2009 het project ‘Bewegen Op Verwijzing (BOV)’ opgestart. (zie folder).

Dit onderzoek heeft als doelstelling de fysieke activiteit van de deelnemers te meten voor en na BOV-coaching om op die manier na te gaan of BOV-coaching invloed heeft op de toename van de fysieke activiteit van de deelnemers.

Om deze doelstelling te kunnen bereiken zullen we de deelnemers doorverwijzen naar een BOV-coach (zie folder voor het stappenplan). De fysieke activiteit van de deelnemers zal gemeten worden door een vragenlijst die ze moeten invullen. Hierin wordt bevraagd hoeveel minuten ze fysiek actief zijn tijdens een week. Verder zullen er ook enkele vragen gesteld worden over zijn/haar socio-economische achtergrond alsook de leeftijd, geslacht, BMI en of ze al dan niet een verhoogde tegemoetkoming hebben.

De deelnemers zullen opgevolgd worden door de BOV-coach en door hoofdonderzoeker Dr. Wanes Novart. Zij zal de deelnemers na drie maanden contacteren na het beëindigen van de coaching. De vragenlijst omtrent fysieke activiteit zal dan voor de laatste keer afgenomen worden.

De gegevens zullen verzameld en opgeslagen worden in ons Elektronisch Medisch Dossier. De ingevulde vragenlijst en toestemming zullen op papier verzameld en opgeslagen worden in de praktijk. Op het einde zullen alle gegevens verzameld worden in een bestand. De gegevens zullen naamloos bewaard worden door de vakgroep ‘Huisartsgeneeskunde en Chronische zorg’ van de Vrije Universiteit van Brussel. Dit gebeurt op een beveiligde computer onder de supervisie van de promotor van dit onderzoek.

Ondergetekende, (geboorte datum) ……verklaart hierbij,

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

Gelezen en goedgekeurd op ……..(datum)

De deelnemer, De arts,

……..(handtekening) ……..(handtekening)

Extra vraag:

Ik verklaar hierbij dat mijn gegevens en telefoonnummer doorgegeven mogen worden aan een Bewegen Op Verwijzing-coach. Ik geef de coach toestemming om telefonisch contact met mij op te nemen.

Gelezen en goedgekeurd op ……(datum)

De deelnemer,

……(handtekening)

Bijlage 3: Pre-verwijzingsvragenlijst:

Geboorte datum: ...../...../.....

Vraag 1: wat is uw woonsituatie:

- Alleenwonend
- Samenwonend met vriend(in) of echtgeno(o)t(e)
- Op kot
- Gemeenschappelijke woning met andere mensen

Vraag 2: hoeveel kinderen hebt u:

- Geen
- Eén kind
- Twee kinderen of meer

Vraag 3: wat is uw werksituatie:

- Student
- Werkend
- Huisvrouw/huisman
- Werkzoekend/werkloos
- Arbeidsongeschikt/ziekte verlof
- Gepensioneerd
- Leefloon
- Andere:

Bijlage 4: Vraag voor patiënten die geen BOV-brief willen:

Geboorte datum: …./…./….

Indien u niet wilt deelnemen van de project, gelieve te kiezen van de onderstaande stellingen (men mag meerdere stellingen afvinken):

- Ik wil niet deelnemen en wens hier geen reden voor te geven
- Ik wil niet deelnemen om volgende reden: …
- Ik wil niet deelnemen, maar men mag wel mijn gegevens verzamelen

Bijlage 5: Brochure voor patiënten:





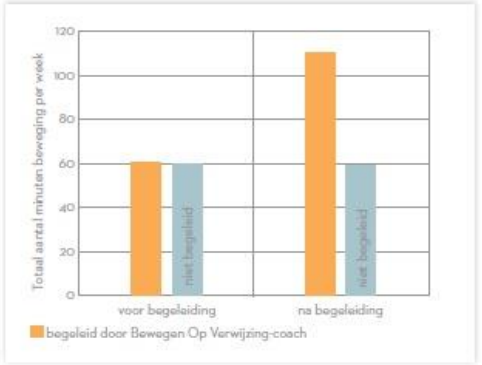
WIL JE MEER BEWEGEN?

Je huisarts helpt je verder!

Je huisarts verwijst je door naar een Bewegen Op Verwijzing-coach. Die professionele coach helpt je gezond te bewegen. Jullie maken samen een beweegplan dat past bij jou en je leven. Zo zet je de eerste stap naar bewegen.

Waarom?

- Je coach motiveert je.
- Je voelt je fitter en krijgt meer energie.
- Je beweegt op je eigen tempo, dicht bij huis.
- Je ontdekt nieuwe kansen om te bewegen.
- Je hebt minder last van stress.
- Je leert nieuwe mensen kennen.



IK HEB DE STAP GEZET. JIJ OOK?

"Ik doe zoveel mogelijk zelf de boodschappen, op aanraden van mijn coach. Zo kom ik aan mijn **stappen** én kom ik meer **onder de mensen**."
Leo - 85 jaar

"Mijn coach raadde **wandelen** aan. Mijn kinderen gaan mee en we vinden het echt leuk om **samen meer** te **bewegen**."
Nathalie - 40 jaar

"Meer bewegen kan **goedkoop, dicht bij huis** en op verschillende manieren. Dat heeft mijn **coach mij doen inzien**."
Niki - 42 jaar



"Ik denk dat Bewegen Op Verwijzing vooral belangrijk is omdat beweging het beste 'medicijn' is dat er is. Het meest veelzijdige 'medicijn.' Het kost niks en heeft geen neveneffecten. Dat zijn allemaal al voordelen. En dan nog maar te zeggen dat mensen die meer bewegen, zich ook beter voelen."

Dr. Tom Jacobs





De gesprekken bij de Bewegen Op Verwijzing-coach zijn niet duur. De Vlaamse overheid betaalt het grootste deel.

Bijlage 6: Affiche in de wachtzaal:

