Kwaliteitsverbeterend project: Huisartsen motiveren voor “bewegen op verwijzing”

Jonas Lysens de Oliveira e Silva-Van Acker, Universiteit Antwerpen

Promotor: Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

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 als de auteur 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 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

Inleiding

In Vlaanderen beweegt minstens één vierde van de bevolking onvoldoende. In 2017 werd het project 'bewegen op verwijzing' (BOV) geïntroduceerd, waarbij mensen naar een beweegcoach kunnen worden verwezen. De resultaten van dit project zijn veelbelovend, maar het botst op een laag aantal verwijzingen vanuit de huisartsen. Dit kwaliteitsverbeterend project tracht BOV beter te implementeren in twee huisartsenpraktijken.

Methode

Door middel van een focusgroep en gestructureerde vragenlijst werden de ideeën over BOV en de barrières om te verwijzen in kaart gebracht. Er werd gekeken naar het aantal verwijzingen in de maand voor het project. Tenslotte konden de artsen een score geven aan hoe waarschijnlijk ze het achtten om BOV te gebruiken. Op basis van deze resultaten zijn interventies opgesteld om deze barrières te verlagen. Na drie maanden werd de vragenlijst opnieuw afgenomen met nieuwe metingen van de barrières en het aantal verwijzingen. Er werd regelmatig feedback gevraagd aan de artsen over hun ervaringen en ideeën betreffende het project. Op basis van deze resultaten werden de interventies aangevuld of bijgestuurd. Dit proces werd tweemaal doorlopen in de eerste praktijk, en éénmaal in de tweede praktijk.

Resultaten

Uit de focusgroepen bleek dat de artsen BOV onvoldoende kennen, ze te weinig tijd hebben en ze er niet aan denken tijdens het consult. Er zijn verschillende interventies geïntroduceerd om de artsen meer vertrouwd te maken met BOV, de voordelen te benadrukken, de verwijsprocedure te vereenvoudigen en de artsen er regelmatig aan te doen herinneren. Dit door onder andere een presentatie te geven, BOV te integreren in het elektronisch medisch dossier en door het invoeren van informatiemateriaal in de praktijk. Daarnaast werden artsen op verschillende manieren gestimuleerd om met BOV bezig te zijn.

In beide praktijken was er een verbetering van de barrières en een stijging van de verwijzingen. In de eerste praktijk was er na het vertrek van de onderzoeker terug een daling in het aantal verwijzingen en een stijging van enkele barrières. Bij andere barrières zagen we dan weer een verdere verbetering. De score op 'de waarschijnlijkheid om te verwijzen' verandert weinig. Bij de mondelinge feedback zeiden de artsen in beide praktijken wel dat ze BOV beter konden toepassen en meer zouden gebruiken, maar dat het voor hen nog niet helemaal een routine was.

Discussie

De interventies hadden een positief effect op het aantal verwijzingen en de drempels. Er lijkt actief iemand binnen de praktijk mee bezig te moeten zijn om deze effecten duurzaam te maken. Daarom is er in de tweede praktijk getracht meer in te zetten op gewoontevorming, wat resulteerde in een grote toename van het aantal verwijzingen. Of dit effect blijft bestaan kan met deze data niet vastgesteld worden, maar de artsen gaven bij afloop aan dat ze nu vaker aan BOV denken en het beter kunnen gebruiken.

Conclusie

Dit project slaagt erin om BOV beter te implementeren in de huisartsenpraktijk door globaal de drempels te verlagen en artsen er meer bewust van te maken. Vermoedelijk is dit onvoldoende om er een routine van te maken. Hiervoor lijken aanvullende interventies nodig te zijn.

Inhoudsopgave

ABSTRACT 3

INHOUDSOPGAVE 4

INLEIDING 5
ONDERZOEKSVRAAG 6

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 7
ONDERZOEKSVRAAG LITERATUURSTUDIE 7
STRATEGIE 7
RESULTATEN 8
CONCLUSIE 11

METHODE 12
CONTEXT 12
AANPAK 12
INTERVENTIES 12
METINGEN 13
ANALYSE 14
GEGEVENSVERZAMELING 14
EVALUATIE 15
ETHISCH COMITÉ 15

RESULTATEN 16
DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 16
FOCUSGROEPEN 16
VERLOOP VAN DE INTERVENTIES 22
PROCES- EN RESULTAATSINDICATOREN 26
INTERACTIES EN BEDENKINGEN 27
ONTBREKENDE GEGEVENS 27

DISCUSSIE 28
INTERVENTIES 28
VERGELIJKING LITERATUUR 29
TOEPASBAARHEID 29
SWOT-ANALYSE 29

BESLUIT 30

REFERENTIELIJST 31

BIJLAGEN 33
BIJLAGE 1: BARRIÈRES PER ARTIKEL, WEERHOUDEN IN HET LITERATUURONDERZOEK 33
BIJLAGE 2: VOORSCHRIFT IN EMD 34
BIJLAGE 3: PRESENTATIE BOV 35
BIJLAGE 4: GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJST 39
BIJLAGE 5: SCRIPT FOCUSGROEP 41
BIJLAGE 6: GOEDGEKEURD PROTOCOL 43
BIJLAGE 7: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 48
BIJLAGE 8: CODEBOOM MET CODES 50

Inleiding

Eén van de belangrijke taken van de huisarts is preventie. Hierbij wordt erop toegezien dat ziektes voorkomen worden en mensen gezond blijven. Daarom is het belangrijk dat de huisarts mensen aanspreekt en informeert over een gezonde levensstijl en hen zo nodig motiveert tot gedragsverandering. Zelf heb ik gemerkt dat het moeilijk is om dit binnen het tijdsbestek van een consult te realiseren, wat bevestigd werd in mijn opleidingspraktijken.

In 2010 is fysieke inactiviteit door het WHO erkend als de 4e belangrijkste risicofactor voor niet-besmettelijke ziekten. Hiermee komt het net onder hypertensie, hyperglycemie en roken, maar nog boven overgewicht. (1) Ook in een recent rapport van 2020 van de WHO wordt dit bevestigd. (2) Daarom heeft de WHO de doelstelling opgezet om tegen 2030 een verbetering van de fysieke inactiviteit van 15% te bekomen ten opzichte van 2016.

De WHO raadt aan om dagelijks 30 minuten aan matig intensieve lichaamsbeweging te doen voor minstens vijf dagen per week. (3) Een overzicht van de precieze aanbevelingen per leeftijd kan u vinden in Tabel 1.

Tabel 1: Aangeraden hoeveelheid beweging per doelgroep volgens de WHO

Doelgroep	Aanbevolen activiteit	Extra inspanningen
5-17 jaar	+60 min/dag matige inspanning	3 d/week intenste inspanning
18-64 jaar **(inclusief chronische ziekte)**	150-300 min/week matige inspanning 75-150 min/week intense inspanning	2 d/week spierversterkende oefeningen
+65 jaar	150-300 min/week matige inspanning 75-150 min/week intense inspanning	2 d/week spierversterkende oefeningen 3 d/week evenwichts- en krachttraining

min = minuten; d = dagen

Uit de gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat slechts 55,8% van de Belgen de wekelijks aanbevolen hoeveelheid beweging behaalt. (4) In 2022 organiseerde Sciensano de eerste preventiebarometer waarbij er gepeild werd naar levensstijl en attitudes in de algemene bevolking. Hieruit blijkt dat 27,8% van de volwassenen in Vlaanderen niet aan voldoende beweging komt. Er werd gebruik gemaakt van een andere vragenlijst dan in 2018 waardoor de percentages moeilijk te vergelijken zijn. We kunnen stellen dat minstens één vierde van de Vlamingen fysiek inactief is. Daarnaast gaf in de Preventiebarometer 72,1% van de deelnemers aan dat ze de in het komende jaar de intentie hadden om meer te bewegen. (5)

Uit een meta-analyse blijkt dat het effect van opvolging door de huisarts op het toenemen van dagelijkse beweging eerder beperkt is. (6) Sinds 2017 kunnen patiënten ook terecht bij het programma: “bewegen op verwijzing” (BOV). Mensen die niet aan de aanbevolen lichamelijke activiteit komen, kunnen zo door een beweegcoach worden geholpen om meer te bewegen. Zij

begeleiden mensen naar een actievere levensstijl en dus een gezonder leven. Dit programma is gebaseerd op het Zweedse “Fysisk aktivitet på recept”, oftewel “Fysieke activiteit op voorschrift”, wat in 2001 is gestart in strijd tegen sedentariteit. Ondertussen zijn er ook in andere landen gelijkaardige programma’s opgestart.

Door middel van een verwijsbrief kunnen mensen terecht bij een beweegcoach die samen met hen een plan opstelt om meer te bewegen, aangepast aan de levensstijl van de patiënt. Iedereen die de beweegnorm van de WHO niet haalt en/of lange tijd sedentair is, komt hiervoor in aanmerking met in het bijzonder maatschappelijk kwetsbare groepen.

De resultaten van dit project zijn veelbelovend. Volgens vragenlijsten bewegen mensen na een verwijzing effectief meer. 78% behaalde zijn beweegdoelen. (7) In een rapport van 2014 was 82% ook overtuigd meer te blijven bewegen in de toekomst. (8) Daarom lijkt BOV een plaats te hebben in de dagelijkse praktijkvoering van de huisarts.

Het project botst echter op een laag aantal verwijzingen vanuit de eerste lijn. Een evaluatierapport van 2018 meldt dat onvoldoende medewerking door huisartsen een grote barrière is voor BOV en dat promotie naar huisartsen momenteel het grootste knelpunt is. (9)

Er worden veel barrières vastgesteld bij de huisartsen. Een eerdere masterproef onderzocht wat bij de huisartsen de barrières zijn om te verwijzen naar BOV. (10) Hierbij zijn verschillende zaken naar boven gekomen. Nu blijft het de vraag hoe deze bevindingen geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk om meer verwijzingen te bekomen.

Ook in mijn opleidingspraktijken werd aangegeven dat BOV slechts weinig gebruikt wordt. Ze zagen er het nut van in en waren geïnteresseerd, maar er waren desondanks drempels om het toe te passen. Het doel van dit project is om na te gaan hoe we het aantal verwijzingen vanuit de huisartsen kunnen doen toenemen. Dit wil ik doen in een kwaliteitsverbeterend project dat voortbouwt op bovengenoemde masterproef door in twee praktijken te kijken hoeveel verwijzingen er voor en na de interventies zijn in een poging BOV ten volle te benutten.

Onderzoeksvraag

Hoe kan ik in mijn opleidingspraktijken de drempels om te verwijzen naar ‘Bewegen op verwijzing’ verlagen?

Oriënterend literatuuronderzoek

Onderzoeksvraag literatuurstudie

Ik wilde nagaan of er in de literatuur al barrières zijn vastgesteld bij huisartsen om een beweegvoorschrift op te stellen. Hiervoor beperk ik me niet enkel tot Vlaanderen, maar wil ik ook andere landen met een soortgelijk programma mee includeren.

Onderzoeksvraag: Welke barrières zijn er bij huisartsen vastgesteld om een beweegvoorschrift op te stellen bij patiënten die onvoldoende bewegen?

Deze vraag kan ook weergegeven worden volgens het SPICE-acroniem:

- **Setting**: Eerstelijnszorg in ontwikkelde landen met een project voor beweging op voorschrift
- **Perspective**: Huisartsen
- **Intervention**: Beweegvoorschrift
- **Compare**: Niet van toepassing
- **Evaluation**: Barrières

Strategie

Ik ben van start gegaan met een zoekopdracht in de richtlijnen via het Guidelines International Network (GIN). Omdat ik verwachtte in de richtlijnen niet veel antwoorden te vinden, heb ik meteen ook gekeken op Minerva en EBPracticeNet.

Via de richtlijnen heb ik een overzicht gevonden van barrières en faciliterende factoren, dit in een review die als bijlage was toegevoegd bij een richtlijn op GIN van 2013. (11) Om extra informatie in te winnen heb ik daarom verder gezocht in Pubmed en Web of Science naar artikels vanaf 2013. Aangezien beweegprogramma's meer en meer werden ingezet, denk ik dat dit nog aanvullende informatie kan bieden bovenop de reeds gevonden resultaten.

<u>Databanken en zoektermen</u>

Ik ben van start gegaan in de **GIN-databank**. Als zoekterm heb ik hier "physical activity" gebruikt. Ik zocht ook op "prescribed exercise" en "exercise prescription", maar deze termen brachten geen resultaten op. Mijn filters heb ik ingesteld op enkel Nederlands- en Engelstalige richtlijnen. Er zijn geen andere filters ingesteld.

Vervolgens heb ik op **Minerva** gezocht met zowel de zoektermen "Beweging" als "fysieke activiteit". Er zijn geen filters ingesteld.

Op **EBPracticeNet** gebruikte ik als zoekterm "physical activity". Door middel van de filters beperkte ik me tot publicaties met betrekking tot de huisarts.

Op **Pubmed** heb ik volgende zoekterm gebruikt:
"((physical activity) OR (exercise)) AND ((prescription) OR (prescribed)) AND (barriers) AND ((general practitioner) OR (family physician) OR (primary care))".
De filters zijn ingesteld op Nederlands- of Engelstalige artikels vanaf 01/01/2013, artikels met betrekking op mensen en resultaten waarvan minstens een abstract beschikbaar is.

Via **Web of Science** gebruikte ik dezelfde zoektermen als in Pubmed. Hier is een filter ingesteld om enkel artikels vanaf 2013 te vinden.

Al deze opzoekingen gebeurden in mei 2021. Nadien is er niet meer gezocht naar nieuwe publicaties. Tijdens deze zoekacties maakte ik gebruik van een VPN-verbinding met de universiteit van Antwerpen om toegang te krijgen tot meer resultaten.

Ten slotte heb ik de masterproef van mijn voorganger geïncludeerd. Deze evaluatie door de huisarts was mede de inspiratie voor dit project en biedt interessante inzichten om mee te nemen. (10)

Criteria

Voor de selectie van artikels baseerde ik me op de volgende criteria:

Tabel 2: In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Onderzoek in eerste lijn	Onderzoek naar beweging bij specifieke pathologie
Betreft bewegingspromotie	Vergelijkend onderzoek van beweging tegenover alternatief
Nederlands- of Engelstalig	
Melding van barrières bij huisartsen	

In dit proces heb ik eerst een selectie gemaakt op basis van de titel. De weerhouden resultaten werden verder beoordeeld op basis van abstract en vervolgens op basis van de volledige tekst. Hierbij het ik steeds bovenstaande criteria gehanteerd. Indien het niet duidelijk was of een artikel voldeed aan de inclusie- of exclusiecriteria werd het meegenomen naar de volgende fase.

Resultaten

Selectie

Via de GIN-databank vond ik tien richtlijnen. Op basis van titel werden er vier geëxcludeerd. De overige zes werden nader bekeken. Hiervan werd er één weerhouden. (11) Bij één van de niet geselecteerde richtlijnen zat een review als bijlage, welke ik heb toegevoegd, gezien deze specifiek over barrières handelt bij het verwijzen voor beweging. (12)

Op Minerva heb ik een dubbele zoekactie gedaan. Onder “fysieke activiteit” kwam ik op negentien artikels en vijf besprekingen. Bij “Beweging” kreeg ik achttien artikels en tien besprekingen. Op basis van titel werden er vier resultaten weerhouden. Op basis van de tekst bleef er één artikel over. (13)

Op EBPracticeNet werden er negentig resultaten gevonden. Veel hiervan gingen over de rol van beweging in de behandeling van een specifieke pathologie, waardoor deze werden geëxcludeerd. Op basis van titel weerhield ik vijf artikels over beweging in de ruimere zin. Na het lezen van de samenvattingen werden er geen relevante artikels weerhouden.

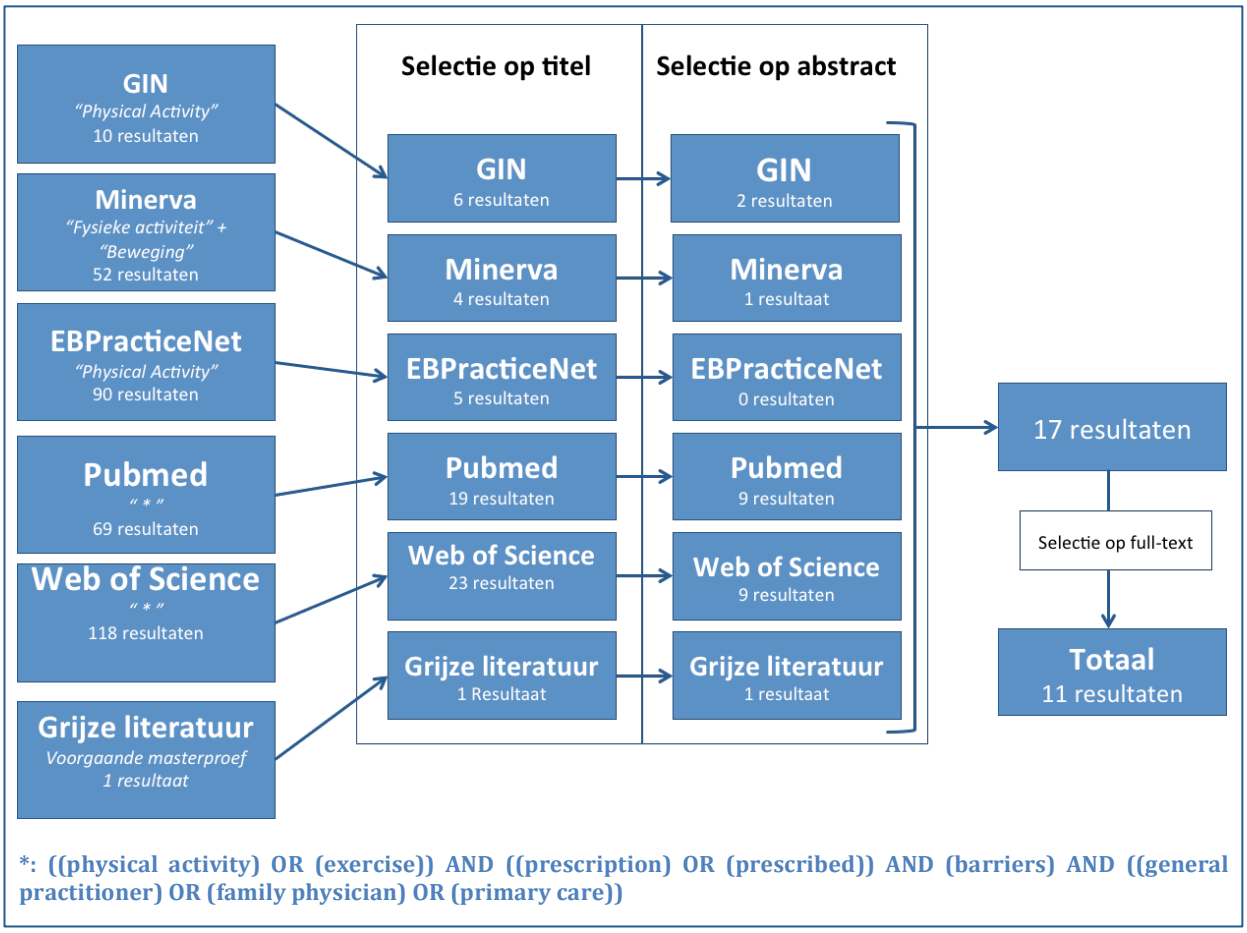
Via Pubmed verkreeg ik negenenzestig resultaten. Op basis van titel heb ik er negentien van geselecteerd. Na het lezen van de abstracts bleven er negen resultaten over. (14-22)

In Web of Science bekwam ik 118 resultaten. Op basis van titel werden er drieëntwintig weerhouden. Op basis van abstract bleven er negen over (23-31).

Bij het controleren op duplicaten bleken er vijf resultaten zowel in de selectie van Pubmed als Web of Science te zitten.

De zeventien geselecteerde artikels werden gelezen op full-text. Op basis hiervan werden er nog zes geëxcludeerd. Er bleven elf artikels over. Een overzicht van dit proces vindt u in Figuur 1.

Figuur 1: Flowchart zoekstrategie



*: ((physical activity) OR (exercise)) AND ((prescription) OR (prescribed)) AND (barriers) AND ((general practitioner) OR (family physician) OR (primary care))

Synthese

Alle barrières bij de huisarts uit de elf geselecteerde artikels werden samengevat in een tabel. Deze tabel kan u terugvinden in bijlage 1. We kunnen de barrières samenvatten in vier thema's: patiëntgebonden, artsgebonden, praktijkgebonden en procesgebonden. Een overzicht van deze thema's met desbetreffende barrières kan u vinden in Tabel 3.

Er was heterogeniteit tussen de verschillende artikels. Sommige onderzoeken focusten niet enkel op de huisarts, maar onderzochten meerdere actoren in de eerste lijn of onderzochten artsen in zowel eerste als tweede lijn. In beide gevallen waren de huisartsen de grootst vertegenwoordigde groep. Daarnaast verschilde de onderzoeken in de manier waarop er data werd verzameld. Meestal ging het over open vragen en interviews waarbij barrières door de arts zelf werden benoemd, maar in enkele onderzoeken betrof het gestructureerde vragenlijsten waarbij artsen een score gaven aan barrières in een vooraf vastgelegde lijst. Onderzoeken die op deze manier tewerk gingen zijn apart

aangeduid in de tabel in bijlage 1. In deze gevallen werden de barrières in de tabel opgenomen van hoogste naar laagste score. Tenslotte was niet ieder onderzocht programma hetzelfde. Het ging steeds over beweging volgens een verwijzing, maar er waren verschillen in procedure, terugbetaling e.a.. Toch denk ik dat de barrières van toepassing zijn op het idee van beweegvoorschriften in brede zin.

Tabel 3: Overzicht van de geïdentificeerde barrières

Patiëntgebonden	Artsgebonden
○ Geen motivatie ○ Voorkeur medicatie ○ Eigen barrières voor beweging ○ Comorbiditeiten ○ Onbekendheid programma	○ Assumptie van demotivatie ○ Onbekendheid programma ○ Gebrek aan zelfvertrouwen over beweegadvies ○ Andere prioriteiten ○ Ongerustheid veiligheid ○ Geen interesse
Praktijkgebonden	**Procesgebonden**
○ Tijdsgebrek ○ Gebrek aan materiaal ○ Acute consultatie ○ Gebrek aan samenwerking ○ Routine	○ Onbekendheid ○ Kostprijs ○ Onduidelijkheid verantwoordelijkheid ○ Gebrek aan financiële vergoeding ○ Gebrek aan concrete richtlijnen ○ Gebrek aan verwijsmogelijkheden ○ Moeilijke verwijsprocedure ○ Gebrek aan richtlijnen ○ Gebrek aan centrale coördinatie

De meest voorkomende barrière was tijdsgebrek. Daarnaast werd ook het hebben van een drukke agenda geïdentificeerd als een barrière. (10) Er werd gezegd dat preventie vaak tussendoor gebeurt of niet altijd prioritair is. (10, 12, 27) Verder lijken huisartsen er nog niet erg vertrouwd mee te zijn en is het nog geen gewoonte. (14) De combinatie van deze factoren kan mede verklaren waarom het voor de huisarts moeilijk is om deze nieuwe programma's te implementeren. Ze ervaren een gebrek aan tijd en hebben andere prioriteiten.

Daarnaast voelen artsen zich onzeker over hoe ze beweging moeten promoten. Het programma is niet altijd goed bekend bij de huisarts of ze weten niet wat ze moeten adviseren. Er waren verschillende huisartsen die zeiden dat beweging te weinig in de opleiding aan bod kwam en dat ze niet weten hoe ze patiënten ervoor moeten motiveren. Verder was er ongerustheid over hoe mensen veilig kunnen bewegen met comorbiditeiten. Een systematic review vond in meerdere bronnen dat artsen ongerust zijn over wie de verantwoordelijkheid heeft over de patiënt als hij meer gaat bewegen. (12) Ook in Vlaanderen werd het feit dat de comorbiditeiten moeten worden benoemd op de verwijsbrief als een barrière vermeld. (10)

Een andere barrière was het feit dat de patiënten niet gemotiveerd zijn om te bewegen of dat de arts de assumptie had dat de patiënt niet gemotiveerd zou zijn. Wanneer er gekeken wordt naar de cijfers van *Gezond Leven*, zien we dat de voornaamste reden van participatie is dat de huisarts het heeft aangeraden, meer nog dan de intrinsieke motivatie. Daarnaast zien we in ditzelfde document dat deze mensen effectief meer gaan bewegen en een grote tevredenheid hebben over hun deelname. (7) Het is mogelijk dat deze cijfers gebiased zijn aangezien ze bij deelnemers zijn afgenomen, maar dit doet vermoeden dat de huisarts een grote rol speelt in het motiveren van zijn patiënten en dat de assumptie dat mensen niet gemotiveerd zijn, niet perse correct is.

Enkele van de genoemde barrières zijn al verlaagd in het BOV-programma. Er is reeds financiering voorzien, waardoor de kostprijs voor de patiënt erg laag is. Daarnaast is er een duidelijke website met uitgebreide informatie over het programma en de procedure. Het feit dat er te weinig centra zijn waar mensen kunnen gaan sporten, wordt ook deels verholpen doordat de arts naar een beweegcoach verwijst en niet naar een centrum. Hiervoor moeten uiteraard voldoende coaches in de buurt beschikbaar zijn.

Conclusie

Deze literatuurstudie biedt een uitgebreide lijst aan reeds geïdentificeerde barrières bij huisartsen om patiënten te verwijzen voor beweging. Enkele barrières zien we duidelijk meerdere keren naar boven komen waaronder vooral tijdsgebrek, een gebrek aan kennis of zelfvertrouwen en een gebrek aan interesse vanuit de patiënt. Bij dit laatste gaat het soms over een veronderstelling van de huisarts die een barrière vormt.

Dit overzicht zal als basis dienen voor de bevraging in mijn eigen praktijken. Zo hoop ik alle barrières in mijn opleidingspraktijken bloot te kunnen leggen om gepaste interventies te implementeren.

Methode

Deze thesis wordt geschreven volgens de SQUIRE 2.0 standaard voor het rapporteren van kwaliteitverbetering. (32)

Context

Ik heb dit project uitgevoerd in twee prestatiegerichte groepspraktijken, waarvan één in een stedelijke en één in een randstedelijke omgeving. De praktijken bestonden uit zes en zeven artsen, waaronder steeds twee huisartsen in opleiding (HAIO's) en een vast secretariaat. Bij aanvang waren er geen paramedici werkzaam, maar tijdens het project is in één van de praktijken een praktijkverpleegkundige gestart. Beide praktijken hadden één of meer BOV-coaches in de buurt.

Het project is gestart tijdens de COVID-pandemie. Er was tijdens het project geen moment waarop BOV niet actief was, maar dit had wel als gevolg dat in de eerste praktijk de wachtzaal niet, of slechts beperkt toegankelijk was voor patiënten.

De demografische gegevens van de artsen in beide praktijken zullen worden weergegeven samen met hun aantal jaren ervaring en hoeveel artsen de opleiding voor sportgeneeskunde hebben gevolgd, aangezien dit mogelijk invloed kan hebben op hun aanpak in beweegpromotie.

De eerstelijnszone van de tweede praktijk voorziet daarbij een aanvullende terugbetaling van BOV voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming, waardoor het voor hen gratis wordt.

Aanpak

Bij aanvang was er reeds een idee van enkele interventies, maar deze zijn doorheen het project aangepast aan de barrières die in de praktijken geïdentificeerd werden en de ideeën die de artsen zelf aanbrachten. Hierbij werd er gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus)

- Plan-fase: bevragen van de barrières met het opstellen van de interventies.
- Do-fase: uitvoeren van deze interventies.
- Check-fase: bevraging in de praktijk met meting van het aantal verwijzingen.
- Act-fase: Aanpassen van de interventies volgens de feedback vanuit de praktijk.

Deze cyclus zal in de eerste praktijk twee keer worden doorlopen over twee periodes van drie maanden. In de tweede praktijk wordt hierop voortgebouwd met nogmaals één cyclus van drie maanden. Ook tijdens de cyclussen zal tussentijds besproken worden hoe de artsen het project ervaren om aanpassingen te maken, dit tijdens informele dagdagelijkse gesprekken.

Interventies

Volgende interventies zijn uitgevoerd:

- Opstellen van een **elektronische verwijsbrief**: Er is een sjabloon opgesteld in het elektronisch medisch dossier (EMD) waardoor een verwijsbrief zeer snel vanuit het patiëntendossier kon worden opgemaakt met de noodzakelijke gegevens automatisch ingevuld en relevante informatie voor de patiënt. Een voorbeeld vindt u in Bijlage 2: Voorschrift in EMD.

- **Informatiemateriaal** van *Gezond Leven* besteld: Er zijn flyers, posters en papieren verwijsbrieven besteld en op de praktijken ter beschikking gesteld. Deze zijn in het zicht gelegd van de patiënten, maar ook van de artsen ter herinnering.
- **Snelkoppeling** naar de site van BOV: Op de computers werd een snelkoppeling naar de website van BOV voorzien zodat artsen deze snel konden raadplegen of tonen.
- **Presentatie** over BOV: Er is een presentatie gegeven door de projectleider met uitleg over het project, de werking van BOV, de resultaten die reeds behaald werden en met antwoorden op specifieke vragen van de artsen. Daarnaast werden de verwijsprocedure en registratie hiervan besproken. Deze presentatie kan u vinden in Bijlage 3: Presentatie BOV (slides die nieuw zijn toegevoegd in praktijk 2 zijn rood omkaderd).
- Kennismaking **BOV-coach**: de lokale BOV-coach werd uitgenodigd ter kennismaking en om haar werkwijze te bespreken.
- **Wachtkamerscherm** inzetten: Op het scherm werd informatie over BOV getoond.
- **Wedstrijd** organiseren onder de artsen: Er is een actie opgesteld waarbij de persoon die de meeste verwijzingen maakte over een periode van twee maanden een prijs kon winnen. Dit is niet tijdens de registratiemaand gebeurd. Om het competitief te maken, werd er een poster opgehangen in de vergaderruimte.
- **Themamaand** organiseren: Gedurende een maand werd er extra gefocust op beweging, waarbij de wekelijkse vergadering steeds over een thema in verband met beweging en BOV ging.
- Uniforme **codering** in het EMD: Het EMD voorziet een registratie van beweging. Er is met de praktijk een afspraak gemaakt in verband met hoe we dit registreren en wat de betekenis hierachter is. Zo is het duidelijk wie voldoende beweegt en wie niet.
- **Indicatiestelling** besproken: Aan de hand van bovenstaande codering werd afgesproken vanaf wanneer iemand verwezen zou kunnen worden. Daarnaast werd ook extra uitleg voorzien over wie in de doelgroep valt en voor welke patiënten het opportuun is om een verwijzing te maken.
- **Herinneringen**: De HAIO gaf regelmatig herinneringen en feedback over BOV om de artsen aan te sporen eraan te denken. Deze herinneringen konden mondeling zijn tijdens een pauze, tijdens een overleg of met een ludieke boodschap in de groepschat.

Deze interventies werden uitgewerkt door één HAIO die zelf in de praktijken werkzaam was. Hiervoor werd intern overlegd met artsen binnen dezelfde praktijk en extern met de promotor.

Metingen

Bij aanvang werd in iedere praktijk een focusgroep uitgevoerd. Deze verliep doormiddel van een semi-gestructureerde topiclijst, gebaseerd op barrières uit het literatuuronderzoek. Het doel hiervan was om na te gaan hoe ze tegenover BOV staan, welke beïnvloedende factoren ze ervaren en welke ideeën ze zelf hebben om makkelijker te verwijzen.

Er werd een gestructureerde vragenlijst afgenomen bij de huisartsen om te peilen naar de barrières uit de literatuur en in welke mate ze BOV zullen gebruiken in de praktijk. Iedere barrière kreeg een score van één tot zeven om aan te geven in welke mate deze barrière op de arts van toepassing is. Daarnaast werd gevraagd hoe waarschijnlijk de artsen het achten dat ze zullen verwijzen. Deze

vragenlijst werd afgenomen voor de start en na iedere cyclus van drie maanden. De vragenlijst en het script van de focusgroepen kan u terugvinden in bijlage 4 en 5 respectievelijk.

Tussentijds waren er mondelinge evaluaties waarbij op regelmatige tijdstippen werd nagevraagd hoe het loopt met het verwijzingen en hoe de artsen de interventies ervaren. Zo konden de interventies bijgestuurd worden en ontstond er een evolutief proces.

Analyse

Voor de analyse wordt er gekeken naar twee soorten indicatoren

- Procesindicatoren: deze geven aan hoe het project zelf aan het lopen is. Dit laat zien op welke barrières er gefocust moet worden en of interventies bijgestuurd moeten worden.
- Resultaatindicatoren: deze geven aan wat de invloed van het project op het functioneren is.

Gebruikte procesindicatoren

- Aan de hand van de gestructureerde vragenlijst werd per vraag voor elke cyclus een gemiddelde score berekend. Het veranderen van deze gemiddelden toont hoe de barrières evolueerde doorheen het project.
- Door op regelmatige tijdstippen na te vragen hoe het project loopt, worden knelpunten tijdig opgespoord en kunnen interventies bijgestuurd worden.

Gebruikte resultaatsindicator

- Vanuit het EMD werd het aantal verwijzingen in de laatste maand van de cyclus bekomen. Daarnaast werd gekeken naar het aantal verwijzingen in de maand voordat het project begon. Zoals voorzien ging dit over lage aantallen in verband met weinig artsen. Daarom werden hier geen verdere statistische analyses op uitgevoerd. Deze cijfers zijn indicatief om een evolutie weer te geven doorheen het project.
- Verder werd gekeken naar wat de artsen antwoordden op de laatste vraag in de vragenlijst. Deze toetst in welke mate ze het waarschijnlijk achtten dat ze BOV zullen gebruiken. Zo kunnen we nagaan in welke mate de interventies het voorschijfgedrag beïnvloeden, los van het aantal verwijzingen aangezien dit afhankelijk is van meer dan enkel de drempels bij de artsen.

De focusgroepen werden opgenomen. Er werd een transscript uitgeschreven voor thematische analyse. Deze transscripts werden grondig ingelezen om bekend te geraken met de data. Nadien werd aan de relevante tekstfragmenten een descriptieve code en vervolgens een interpretatieve code gegeven. Er werd gezocht naar overkoepelende thema's over deze codes. Er was regelmatig overleg tussen de onderzoeker en promotor. Zodoende werden de thema's verschillende keren herzien tot er een consensus ontstond. Tenslotte werden binnen deze thema's de codes gehergroepeerd in subthema's. Het resultaat hiervan werd als een codeboom weergegeven. Deze codeboom geeft een idee van wat er besproken werd. Opvallende bevindingen werden door middel van quotes bekrachtigd.

Gegevensverzameling

Bij de aanvang van het onderzoek kregen alle artsen uitleg over het verloop en het opzet van dit project, waarbij ze een informed consent handtekenden.

De focusgroepen werden opgenomen door middel van een smartphone, welke met een code is beveiligd. Vervolgens is de opname onmiddellijk op de computer van de onderzoeker gezet, welke beveiligd is met een wachtwoord. Bij transscriptie van de audiobestanden zijn de namen gepseudonymiseerd. Na het onderzoek werden de audiobestanden verwijderd. De transcripten werden overhandigd aan de promotor voor bewaring gedurende twintig jaar.

Het aantal verwijzingen werd opgevraagd via het EMD. Hierbij werd enkel nagegaan hoeveel verwijzingen er geweest zijn, er zijn geen andere patiëntgegevens opgeslagen.

De vragenlijsten werden op papier overhandigd aan de artsen. Na het invullen werden de gegevens anoniem in een excel-bestand opgeslagen. Dit bestand werd na het onderzoek mee met de transscripten overhandigd aan de promotor.

Tussentijdse feedback werd niet opgenomen of geregistreerd. Deze feedback zal worden gebruikt om de interventies bij te sturen naar de noden van de huisartsen.

Evaluatie

Er zit nog een grote potentiële gezondheidswinst in een goede beweegpromotie. BOV kan de huisartsen hierbij ondersteunen. Aangezien BOV nog onderbenut wordt en de praktijken aangaven dat ze hier niet vertrouwd mee waren, wil ik met mijn project ervoor zorgen dat de huisartsen in mijn opleidingspraktijken BOV leren gebruiken in hun praktijkvoering.

Ik beschouw dit project als geslaagd wanneer in beide praktijken de drempels om te verwijzen verlaagd zijn en de artsen het waarschijnlijker achten om te verwijzen naar BOV. Dit toont aan dat de artsen het leerden gebruiken en kunnen inzetten waar zij het nodig achten. Het aantal verwijzingen zal vermoedelijk mee stijgen, maar is slechts secundair.

Ethisch comité

Dit kwaliteitsverbeterend project werd ter goedkeuring ingediend bij het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen. Het protocol, zoals ingediend bij het ethisch comité kan u vinden in bijlage 6. Dit protocol werd goedgekeurd op 13/12/2021 onder project ID 2021 - 1808. De goedkeuring kan u vinden in bijlage 7.

Resultaten

Demografische gegevens

In Tabel 4 kan u de samenstelling van de praktijken zien. In totaal deden er dertien artsen mee. Beide praktijken waren gelijkaardig qua samenstelling, met steeds twee HAIO's. In de eerste praktijk was er één iemand met een opleiding sportgeneeskunde. Verder waren er geen andere artsen met deze opleiding.

Tabel 4: Demografische gegevens per praktijk

	Praktijk 1	Praktijk 2
Aantal deelnemers	6	7
Leeftijd (gemiddelde in jaren)	34	39
Aantal mannen	3	4
Ervaring (gemiddelde in jaren)	9	13
Artsen met een diploma sportgeneeskunde	1	0

Focusgroepen

De focusgroepen zijn apart geanalyseerd om de werking en noden per praktijk in kaart te brengen. Vermits er een grote overlap was in de onderwerpen, zijn de focusgroepen in deze thesis tezamen neergeschreven in één analyse. Bij de analyse zijn er zes thema's vastgesteld die betrekking hebben op de onderzoeksvraag. Deze worden hier per thema en subthema besproken. Een overzicht van de codeboom kan u vinden in Figuur 2. In bijlage 8 vindt u de uitgebreide codeboom met de open codes.

BOV

Tijdens de gesprekken werden de opvattingen van de artsen over BOV duidelijk. Hoe ze erover denken en hoe ze ermee omgaan wordt hier besproken

Onbekendheid van BOV

Het viel op dat verschillende artsen, en vooral jonge artsen, weinig tot niets wisten over BOV. Sommigen hadden ervan gehoord, anderen wisten niet wat het was. De overige artsen kenden het wel, maar konden moeilijk zeggen wat BOV precies inhoudt. Ze herinnerden zich dat het ooit is voorgesteld, maar het had weinig indruk gemaakt en ze waren er niet meer mee bezig. Daarbij kwam dat ze er tijdens het consult niet aan dachten. Deze zaken vormen barrières voor een goede implementatie. Door de onduidelijkheid voelden artsen zich geremd het te gebruiken.

"Dat is ooit zelfs al op een algemene vergadering vanuit de kring toegelicht geweest. Maar dat heeft weinig indruk achtergelaten, dus concreet heeft dat bij mij niets teweeg gebracht."
– Arts over BOV

"Het vage ook. Je moet iets promoten en eigenlijk kennen we het niet zo goed."
– Arts op de vraag welke barrières ze ervaren

BOV is bruikbaar in de praktijk

Wat ze wisten over BOV, was grotendeels positief. Ze zagen het als een laagdrempelig initiatief dat patiënten helpt bewegen volgens doelstellingen. Vooral de brede toepasbaarheid en persoonlijke begeleiding werden benoemden. Meerdere artsen zagen het als een goedkoper en soms zinvoller alternatief voor kinesitherapie, zeker bij chronische problemen. Deze ideeën zijn helpend om BOV beter te implementeren.

"Wat ik ook wel tof vind aan dat project is dat die eigenlijk ook bij de mensen thuis gaan eventueel of in het park afspreken. Dat is ook nog een extra lage drempel denk ik he."
– Arts over BOV

"Ik heb ook het gevoel dat BOV echt heel laagdrempelig is, zoals (collega arts) zegt, voor mensen die het financieel moeilijker hebben. "
– Arts over BOV

Arts-coach relatie

Er is veel gesproken over de coaches. Deze spelen een belangrijke rol aangezien zij voor de artsen het gezicht van BOV zijn.

Onduidelijkheid rond de coach

Net zoals bij BOV, was er over de coaches veel onduidelijkheid. De artsen wisten niet goed wie het zijn, wat voor achtergrond ze hebben en hoe ze tewerk gaan. Dit hield hen tegen om BOV aan te prijzen bij patiënten. In praktijk één spraken ze over twijfels of de coach patiënten wel zou kunnen motiveren. Ze gaven aan dat het zou helpen om kennis te maken met de coach.

"De coach die wat moeilijker is. De persoonlijkheid van de coach waarvan ik soms denk: gaat die mijn patiënt nu helemaal warm krijgen?"
– Arts op de vraag welke barrières voor verwijzing ze ervaren

"Iemand die komt voorstellen wat ze juist doen zodat je dat aan die patiënt ook wat kan verkopen met er zelf vertrouwen in te hebben."
- Arts over wat zou helpen om te verwijzen naar BOV

Positieve contacten met BOV

De artsen gaven aan dat het hen zou stimuleren als de coach enthousiasme uitstraalt. Daarnaast zou het helpen als er een makkelijke manier van overleggen zou zijn en als ze meer positieve ervaringen zouden hebben met het verwijzen naar een coach. Dit door, bijvoorbeeld, een patiënt enthousiast te horen vertellen. Er was vanuit de artsen dan ook vraag naar meer feedback en terugkoppeling vanuit de coach.

Praktijkorganisatie

Tijd en prioriteiten

Uit de gesprekken bleek dat de algemene werking in de praktijk ook een invloed heeft op het verwijsgedrag. Hierin speelt tijd een belangrijke rol. Tijdsgebrek is een grote drempel om BOV voor te schrijven. Zowel tijdsgebrek tijdens het consult als in het algemeen in de praktijk. Bij grote drukte bleek er minder tijd te zijn voor preventie en dus voor BOV. Ook een grote druk van acute problemen binnen de praktijk vormde een barrière om BOV te gebruiken.

"Tijd is een grote barrière he!"
– Arts over de balans tussen acute en preventieve zorg

Nood aan een protocol

De artsen zeiden dat ze nood hebben aan meer concrete adviezen rond BOV. Ze vroegen zich af bij wie ze het allemaal konden gebruiken en wie de doelgroep is. Er kwam het idee om een draaiboek te maken binnen de praktijk. In de eerste praktijk is eveneens gedacht aan het invoeren van een afzonderlijk beweegconsult, maar hierover waren de meningen verdeeld omdat dit mogelijk te beperkt is voor een volledig consult. In de tweede praktijk was net een praktijkverpleegkundige aangenomen. Er werd gedacht om haar in te zetten in het opstellen van protocollen en om mensen te verwijzen naar BOV. Verder zeiden enkele artsen dat ze na een verwijzing niet goed konden opvolgen hoe het verder ging, waardoor ze niet wisten wat het effect was. Ze voelden zich daardoor niet gestimuleerd om meer te verwijzen.

"Maar ik denk dat je moet weten: wat is uwe doelgroep? Wie stuurt ge naar BOV?" (door veel collega's beaamd)
– Arts over barrières

"Ik schrijf het vaak voor, maar ik volg dat eigenlijk niet voldoende op of dat volledig tot zijn recht komt. Ik heb er wel een paar, die dan tevreden zijn, maar dat is de minderheid waarvan ik weet; hoe loopt dat dan achteraf."
– Arts over BOV

Onderlinge contacten over BOV

Ze vertelden dat overdracht onder collega's een rol speelt. Indien nieuwe collega's niet op de hoogte worden gebracht dat de praktijk BOV toepast, zullen ze minder geneigd zijn het te gebruiken. De deelnemers zeiden dat als ze onderling meer over BOV bezig zijn, ze er meer aan denken. Daarom hadden ze het idee om een themamaand in te voeren waarbij er wekelijks op de vergadering iets rond BOV of beweging wordt behandeld. Ook als artsen hun positieve ervaringen over BOV deelden, was dit erg stimulerend voor de anderen.

"We vergeten hoeveel dat je, … Dat is eerder naar ons toe een verwijt, dat we dat meer moeten overgeven. Dat is effectief zo dat heel toffe dingen dan niet worden doorgegeven."
– Arts over het feit dat bestaande projecten onvoldoende worden doorgebriefd aan nieuwe collega's

Preventie

Tijdens de focusgroepen gingen de gesprekken vaak over preventie in het algemeen. Aangezien BOV artsen ondersteunt om mensen te doen bewegen, en dus preventief is in zijn opzet, hebben de ideeën over preventie ook invloed op het verwijsgedrag naar BOV.

Gewoonte is belangrijk

Er werd gesproken over het feit dat gewoontevorming erg belangrijk is om iets te implementeren. Voor de meeste artsen was het voorschrijven van BOV nog geen gewoonte, wat ervoor zorgde dat ze er niet, of te laat, aan dachten.

"Dat is met veel dingen zo he. Je kent het, je weet het en toch, het zit niet in uw systeem en het komt er ook niet in!"
– Arts over het feit dat BOV geen gewoonte is

Het preventielandschap is groot

De artsen zeiden dat het moeilijk is om bij iedereen voldoende aan preventie te doen. Preventie is breed en volgens de artsen zijn er teveel verwijsopties, waardoor ze niet meer alles kennen. Eén praktijk merkte op dat ze een scheiding voelde binnen de huisartsgeneeskunde tussen acute en chronische zorg, waarbij de grote vraag naar acute consulten hen bemoeilijkte om nog voldoende aandacht te hebben voor preventie. Dit was in die mate dat ze opperden een aparte consultatie voor preventie in te voeren of subdisciplines binnen de huisartsgeneeskunde in te voeren.

"Ik ben me volledig bewust dat dat een heel belangrijk ding (is). Maar dat je ofwel je eigen agenda in tweeën knipt, of dat je het met twee personen doet, of dat je zegt dat over twintig jaar er een splitsing staat in de huisartsgeneeskunde van: oké, dit zijn de preventieartsen en dit zijn de geneeskunde euhm… (lachend) de échte dokters." (Collega's lachen)
– Arts over preventie

Over de rol van beweging in dit landschap waren de meningen verdeeld. Sommigen vonden dit erg belangrijk als een eerste stap in een breder preventieplan, voor anderen was beweging ondergeschikt. Volgens hen waren er andere prioriteiten binnen de preventie. Daarnaast ging het erover dat bij bepaalde patiënten al zoveel preventieve zaken moeten gebeuren en het preventielandschap al zo ruim, dat beweging er teveel aan is.

Rol van de arts binnen preventie

Uit de interviews bleek dat niet iedereen op dezelfde manier omgaat met beweging. Sommigen voelde zich erg vertrouwd met beweegadviezen en deden veel zelf. Anderen wisten niet goed wat ze moesten bevragen of aanbevelen. Zij brachten beweging dan ook minder snel ter spraken. Daarnaast wisselden de meningen over de taak van de arts in preventie. Sommigen vonden het de taak van de huisarts om adviezen op te leggen en patiënten te motiveren, anderen vonden dit de verantwoordelijkheid van de patiënt. Volgens hen moet de arts vooral informeren.

"Ja, wanneer kan je zeggen: jij doet dat goed en jij doet dat niet goed? Ik weet dat eigenlijk niet."
– Arts over beweegadviezen

Ondersteunend materiaal

Er zijn verschillende zaken besproken die de artsen kunnen helpen in het voorschrijven van BOV.

Het EMD als ondersteuning

In beide praktijken werd veel gesproken over het elektronisch medisch dossier (EMD). Beide praktijken werkte met Careconnect, waarbij 'beweging' een parameter in het patiëntendossier is. Dit helpt om beweging te bevragen en, zo nodig, een verwijzing te maken. Het werd echter door beide praktijken opgemerkt dat de manier waarop dit gecodeerd wordt te beperkt is. Het is niet altijd duidelijk wat de betekenis van de code is. Niet iedereen vond het EMD even bruikbaar om beweging

te registreren. Het EMD hielp als herinnering aan preventie. Dit kan extra worden ingezet voor BOV. Er is in de eerste praktijk ook gesproken over herinneringen vanuit het EMD in de vorm van pop-ups die waarschuwen wanneer een patiënt te weinig beweegt, maar hierover waren de meningen verdeeld. Sommigen vonden dit een goed idee om eraan herinnerd te worden, anderen zeiden dat dit zou storen. Ze zeiden dat er al teveel waarschuwingen zijn die zomaar worden weggeklikt.

"Een diabeet die kwam voor een driemaandelijks labo en ja, dan vul ik ook ineens in Careconnect die dingetjes in: roken, bewegen enzo. En daar kwam dan uit dat die weinig bewoog dus dan was het aanmelden (bij BOV) en het somatische, het daar wat in kaderen."
– Arts over het nut van het EMD

Informatiemateriaal

Over het algemeen waren de artsen positief over de verwijsprocedure, hoewel sommigen het onduidelijk vonden. Dit vormde een drempel, ondanks het feit dat er al verschillende mogelijkheden om te verwijzen zijn. Iedereen zei wel dat een verwijsbrief in het EMD helpend zou zijn. De artsen waren het erover eens dat het goed zou zijn om informatiemateriaal in de praktijk te hebben. Dit zou helpen om het aan patiënten uit te leggen, maar zou ook als een visuele herinnering kunnen dienen. De brochures en de website van BOV waren al gekend, en deze vonden ze zeer goed. Ze gaven aan dat het extra zou helpen als de patiënten hierdoor zelf over BOV zouden beginnen. In de tweede praktijk wilden ze graag het wachtkamerscherm inzetten om informatie van BOV te tonen aan patiënten, maar ze wisten niet hoe ze dat moeten doen.

"Een patiëntenfolder, daar zou ik wel over willen nadenken. Zoals dat je dat al eens meegeeft via thuisarts.nl zo druk ik al wel eens iets af soms."
– Arts over hoe ze BOV beter zouden kunnen implementeren

Patiënt

Motivatie van de patiënt

Ook de patiënt heeft een invloed op het voorschrijfgedrag. Zo speelt de houding en motivatie van de patiënt ten opzichte van beweging een rol in het voorschrijven. De artsen merkte op dat het vaak gaat over hoe de arts denkt dat de patiënt tegenover beweging staat en niet noodzakelijk de reële attitude van de patiënt. Er waren verschillende meningen over hoe de arts moet omgaan met de motivatie van de patiënt. Sommigen vonden dat de arts de motivatie moet bevragen en de patiënt moet motiveren, anderen leiden het af van de patiënt. Soms begonnen ze er niet over omdat ze ervan uitgingen dat de patiënt er niet voor open zou staan. Het was erg bevorderlijk wanneer de patiënt zelf de vraag stelde om verwezen te worden naar BOV. De artsen hadden het idee om BOV bij de patiënten te promoten om dit te stimuleren. Tegelijk gaven sommige artsen aan dat ze het gevoel hebben dat patiënten meer verwachten van een arts dan enkel een verwijzing. Ze voelen zich geremd om BOV voor te schrijven omdat ze denken dat de patiënt een verwijsbriefje niet voldoende gaat vinden om voor op consultatie te komen.

"Mensen hebben altijd het idee: als je naar de dokter gaat, voor dat geld dat je betaald moeten ze precies iets hebben gehad. (collega knikt) Maar dat is eigenlijk een perceptie van ons. Dat is uw perceptie."
– Arts over barrières

"Het levert niets op denk ik. Als hij er niet voor open staan en je steekt er toch je tijd en energie in…"
– Arts over een gebrek aan motivatie bij de patiënt

Zorgelementen bij de patiënt

Wanneer een patiënt met meerdere aanmeldingsklachten komt, hebben de artsen minder tijd om zelf iets aan te brengen zoals BOV. Ook wanneer een patiënt meerdere comorbiditeiten heeft, beïnvloedt dit het voorschrijfgedrag. Sommige artsen zijn ongerust dat de comorbiditeiten een contra-indicatie zouden vormen voor BOV, anderen lieten zich juist stimuleren omdat ze beweging hierdoor belangrijker vonden.

Kenmerkten van de patiënt

Daarnaast zeiden de artsen dat ze zich meer geneigd voelen om BOV voor te schrijven bij patiënten met een lagere sociaaleconomische status, maar minder wanneer er een taalbarrière is, of als de patiënt aangeeft weinig tijd meer te hebben in zijn privéleven. Over de patiënt zelf merkten de artsen op dat ze mogelijk onderschatten hoe sedentair sommigen kunnen zijn en ze de beweging van hun patiënten eerder overschatten. Dit zorgt dat ze minder snel over beweging beginnen en mensen niet verwijzen die er wel baat bij zouden hebben.

"Het is meer voelen dat iemand persoonlijke begeleiding nodig heeft en het financieel moeilijk heeft. Dus die combinatie dan."
– Arts over wat triggert om te verwijzen

Figuur 2: Codeboom met thema's en subthema's

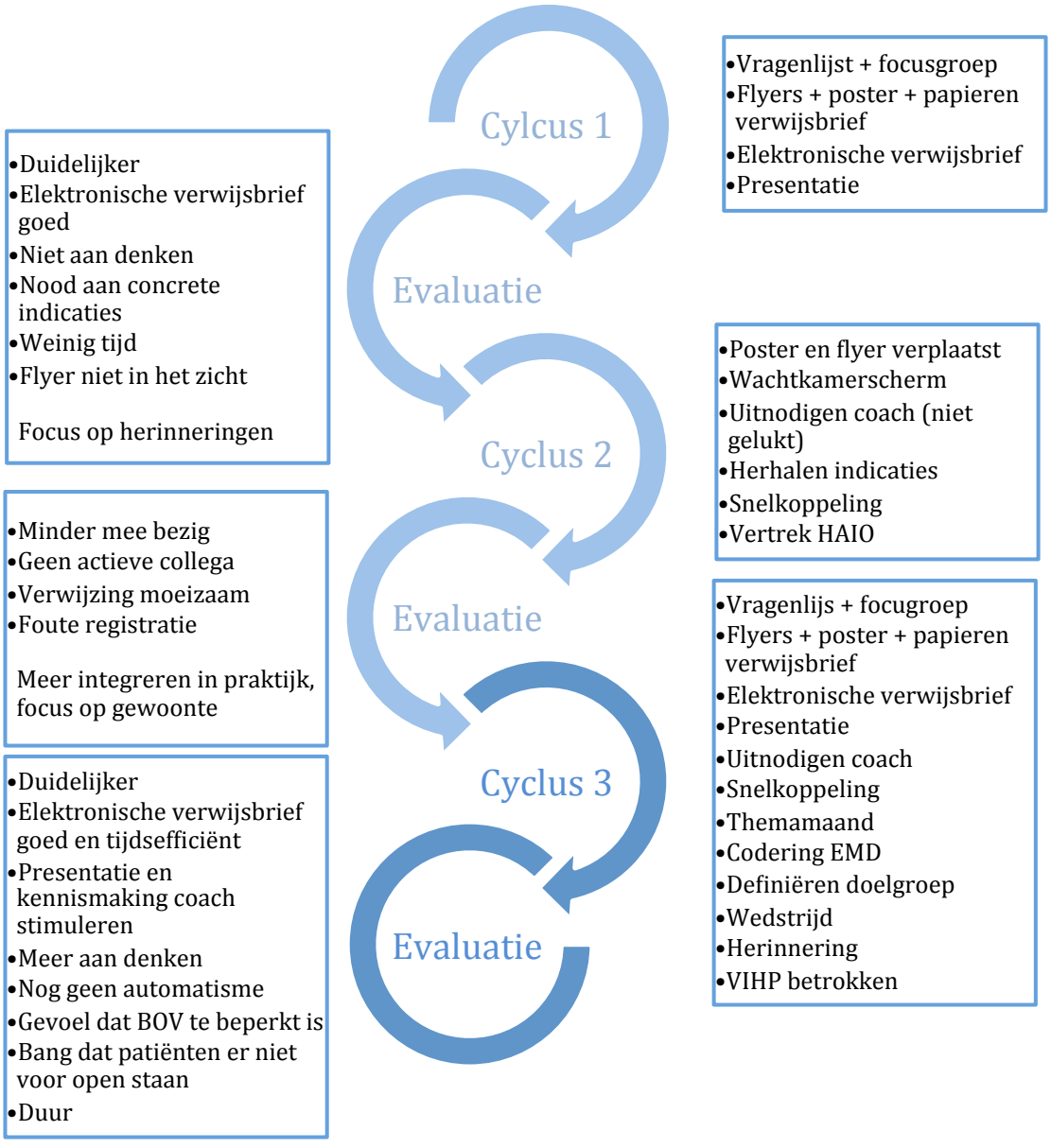


BOV = bewegen op verwijzing; EMD = elektronisch medisch dossier

Verloop van de interventies

Een schematisch overzicht van de uitgevoerde interventies en tussentijdse evaluaties kan u vinden in Figuur 3.

Figuur 3: Verloop van het project met ingevoerde interventies en tussentijdse evaluaties



BOV = bewegen op verwijzing; HAIO = huisarts in opleiding; EMD = elektronisch medisch dossier; VIHP = verpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Cyclus 1

De eerste praktijk bevond zich in een randstedelijk gebied. BOV werd beperkt toegepast. Bij aanvang bleek dat BOV weinig gekend was. Het was onduidelijk wat BOV inhield. Ze hadden er reeds van gehoord, maar sinds de start van BOV hadden ze er niets meer van vernomen.

Uit de vragenlijst bleek vooral dat ze er geen tijd voor hadden, er niet aan dachten en er voor hen te weinig richtlijnen waren. Daarnaast merkte ik in de focusgroep dat er veel vragen waren over de inhoud van BOV.

De interventies focuste vooral op het duidelijker maken van BOV door middel van een presentatie op de praktijkvergadering. Dit legde uit wat BOV is, hoe het werkt, wie de coaches zijn en hoe er verwezen kan worden. Daarbij meldde de presentatie heel concreet wie er verwezen kan worden. Verder zijn de positieve resultaten van BOV benadrukt.

Er is een poster van BOV in de praktijk opgehangen en zijn er flyers en papieren verwijsbrieven verspreid. Dit was om de artsen eraan te doen herinneren, en om patiënten te informeren in de hoop dat ze er zelf naar zouden vragen. De artsen voelen zich geremd om te verwijzen doordat ze ervan uitgaan dat patiënten er niet voor open staan, dus dit zou het makkelijker maken.

Tenslotte is in het EMD een verwijsbrief geïmplementeerd die eenvoudig opgesteld kan worden. Hierbij is gefocust op gebruiksgemak. De nodige gegevens van de lokale coaches en de voorgeschiedenis van de patiënt worden automatisch ingevuld zodat de arts slechts het voorschrift moet aanklikken, afdrukken en handtekenen.

Evaluatie 1

De eerste interventies werden positief onthaald. BOV werd voor alle artsen duidelijker en de elektronische verwijsbrief was zeer bruikbaar. Ze beschreven daarentegen dat ze nog te weinig tijd hadden om het goed te kunnen gebruiken en dat ze vaak te laat aan BOV dachten. Ze zeiden dat het zou helpen om met concretere indicaties te werken. Tenslotte zeiden ze dat de flyers onvoldoende in het zicht lagen om eraan herinnerd te worden.

In de vragenlijst zien we dat de barrières globaal gedaald zijn. Het aantal verwijzingen is toegenomen. De verwijsprocedure zelf is een minder grote drempel dan voorheen. De artsen gaven aan dat ze BOV beter kende en meer kennis hadden over beweging en de richtlijnen. Ondanks de positieve reacties is de waarschijnlijkheid om te verwijzen licht gezakt, maar dit lag al hoog voor de start.

Ondertussen was een kinesist zich komen voorstellen op de praktijk. Dit resulteerde in meer verwijzingen naar deze kinesist. Dit gaf inspiratie om ook een BOV-coach uit te nodigen.

Cyclus 2

De vorige cyclus focuste vooral op het duidelijker maken van BOV bij de artsen en het verwijzen versimpelen. Deze cyclus focuste meer op herinneringen voor de artsen, aangezien ze aangaven er te laat aan te denken. De poster werd verplaatst naar de deur langs waar de artsen naar de keuken gaan. Zo lopen ze er frequent langs. De flyers zijn verplaatst naar de bureaus van de artsen zodat deze in het zicht liggen tijdens de consultaties en ze makkelijk worden meegegeven aan de patiënt. Op alle computers is een snelkoppeling gemaakt naar de website van BOV zodat de artsen dit snel kunnen tonen of hier een verwijzing kunnen opmaken. Deze snelkoppeling is tevens een visuele herinnering. Daarnaast is er een afbeelding van BOV op het wachtkamerscherm ingesteld zodat patiënten dit zien. Helaas is het effect hiervan minimaal aangezien patiënten werden afgeraden in de wachtzaal te wachten omwille van de COVID-pandemie. De indicaties voor BOV werden herhaald.

Tenslotte is er getracht een BOV-coach uit te nodigen om zich voor te stellen en te zeggen wat ze doet, maar dit is niet gelukt wegens afwezigheden onder de artsen en drukte in de praktijk.

Tijdens deze cyclus is de projectleider vertrokken uit de praktijk naar de volgende stageplaats. Dit gebeurde halverwege de cyclus. Alle ingestelde interventies bleven aanwezig.

Evaluatie 2

Na deze cyclus lieten de artsen weten dat het verwijzen veel moeilijker ging nu er geen collega het aanmoedigde en dat ze er terug minder mee bezig waren. Het aantal verwijzingen is gedaald. De artsen gaven aan dat het voor hen vooral moeilijk was om te verwijzen omdat het nog geen gewoonte was. Ze dachten er pas achteraf aan. Daarnaast zeiden ze dat hun registratie in de afwezigheid van de onderzoeker minder goed ging, waardoor niet alle verwijzingen konden worden meegeteld.

De flyers en de poster werkten beter als herinnering nu deze meer in het zicht lagen.

Volgens de vragenlijst waren enkele barrières verder gedaald. In het bijzonder het gebrek aan materiaal en het niet denken aan BOV waren gebeterd. Hier was met de vorige interventies dan ook extra op ingezet. De waarschijnlijkheid om te verwijzen was terug gestegen, hoger dan bij aanvang.

De ingestelde interventies waren dus effectief, maar er lijkt meer nodig te zijn om een duurzaam effect te krijgen. Er moet gefocust worden op gewoontevorming zodat BOV routine wordt. Daarnaast is er extra aandacht nodig voor de registratie van de gegevens. De presentatie was geschikt om de kennis van BOV te verbeteren en de verwijsbrief in het EMD was zeer positief. De visuele herinneringen hielpen ook, maar onvoldoende wanneer niemand in de praktijk hen er regelmatig op wijst.

Cyclus 3

In de tweede praktijk werd BOV al meer toegepast door bepaalde artsen, maar de meerderheid gaf eveneens aan dat ze het onvoldoende kennen en niet goed wisten voor wie het bedoeld was. Het EMD werd reeds gebruikt om beweging te registreren, maar hier waren geen afspraken rond. Verder werd in deze praktijk iedere maand rond een bepaald thema gewerkt tijdens het wekelijks praktijkoverleg.

Bovenstaande interventies zijn allemaal overgebracht naar de nieuwe praktijk, aangezien ze allen als effectief werden ervaren. Het wachtkamerscherm kon niet worden gebruikt, aangezien hier technische problemen bij waren. De presentatie werd aangevuld met slides die aansloten bij de specifieke vragen vanuit de praktijk en om enkele andere interventies te introduceren. De nieuwe slides zijn in de bijlage met rood omkaderd. Aan het begin van deze cyclus is er besloten om voor de themamaand 'beweging' als onderwerp te nemen.

Deze keer is er wel een coach komen spreken op de praktijk, helaas kon dit enkel op een moment dat een aantal artsen afwezig waren, waardoor niet iedereen haar kon ontmoeten.

Opnieuw haalden de artsen aan dat het verwijzen naar BOV geen gewoonte was. Dit vormde een grote drempel. Er is getracht BOV meer te integreren in de praktijk. Tijdens de themamaand zijn duidelijke afspraken gemaakt over het coderen van beweging in het EMD zodat, éénmaal bevraagd, het voor andere artsen duidelijk is bij wie BOV zinvol zou zijn. Met deze codering is een duidelijke afkapwaarde afgesproken voor wie wel en wie niet in aanmerking komt.

Om de artsen extra te stimuleren om te verwijzen en er een gewoonte van te maken, is er een wedstrijd georganiseerd waarbij gedurende twee maanden iedereen zijn verwijzingen moest bijhouden en de persoon met de meeste verwijzingen een prijs zou winnen. Dit kan extra

enthousiasme creëren en ervoor zorgen dat er onderling meer over gesproken wordt. Deze wedstrijd was uiteraard niet meer bezig in de maand dat het aantal verwijzingen werd geregistreerd.

Vanuit de artsen werd tijdens de cyclus aangehaald dat humor ook zou werken om hen er meer aan te doen denken. Daarom is er enkele keren een herinnering uitgestuurd in een groepschat met een ludieke GIF om de artsen aan het project te doen herinneren.

Tijdens deze cyclus is er tevens een verpleegkundige gestart in de praktijk. Zij zou de artsen bijstaan in het opvolgen van chronische patiënten. Zij is dan ook mee betrokken in het project, aangezien zij mogelijk meer kansen zal hebben om preventie te bespreken.

Evaluatie 3

De artsen gaven allen aan dat BOV veel duidelijker en concreter is geworden, dit dankzij de presentatie, de coach en het feit dat er meer over gesproken werd. Ze konden het beter uitleggen aan patiënten. De meeste artsen zeiden dat het nog geen automatisme is, maar dat ze er wel meer aan dachten. We zien dat het aantal verwijzingen in de laatste maand fors is toegenomen ten opzichte van de start.

De elektronische verwijsbrief werd heel positief onthaald omdat deze het verwijzen erg vereenvoudigde en omdat hier al contactgegevens van enkele coaches op ingevuld waren. Hierdoor moesten ze zelf minder op de hoogte zijn van de sociale kaart. De folders en de snelkoppeling op de computer hielpen om BOV snel uit te leggen aan de patiënt. De papieren verwijsbrieven waren volgens de artsen niet nuttig. Deze vragen meer werk en het feit dat ze in het zicht lagen, was niet stimulerend omdat ze deze niet konden gebruiken om BOV aan patiënten te tonen.

De themamaand was volgens de artsen een prima manier om het project te doen starten, aangezien dit hielp om er bewuster mee om te gaan als groep. De wedstrijd en de herinneringen hebben hen goed gemotiveerd om ermee bezig te blijven. Enkele artsen zeiden dat, iedere keer dat ze een herinnering kregen, ze het terug makkelijker voorschreven.

De afspraken rond het gebruik van het EMD en het definiëren van de doelgroep verliep moeizamer. Iedereen bleef het volgens zijn eigen gevoel doen.

De drempels zijn globaal gedaald, zeker op het vlak van kennis over BOV, de verwijsprocedure, het gebrek aan materiaal en het onvoldoende denken aan BOV.

Tijdens de gesprekken op het einde werd een nieuwe drempel genoemd, namelijk dat ze BOV iets te beperkt vonden. Ze hadden het gevoel dat enkel motiveren niet voldoende is om mensen te activeren. Daarnaast was er de ongerustheid, dat mensen zich dom zouden voelen als ze hiervoor verwezen zouden worden. Verder zeiden enkele artsen dat ze patiënten misschien te hoog inschatten, zowel in hoeveelheid beweging als in de maten waarin de patiënt dit zelf kan aanpakken. Een andere arts vond dan weer dat de prijs van vijf euro per kwartier te hoog was als ze alleen maar gemotiveerd zouden worden. Alle artsen gaven aan dat ze het project zeer goed vinden voor maatschappelijk zwakkeren. Wat volgens hen nog extra zou kunnen helpen is meer feedback vanuit de patiënten zelf.

Proces- en resultaatsindicatoren

In Tabel 5 ziet u de resultaten van de vragenlijsten met het aantal verwijzingen per cyclus. De tabel toont eerst negen barrières waarbij de artsen met een score van één tot zeven moesten aangeven in welke mate ze dit als drempel ervaren bij het voorschrijven van BOV. Bij een score van één is het helemaal geen drempel, bij een score van zeven is het een zeer grote drempel. Vervolgens moesten de artsen aangeven in welke mate ze het waarschijnlijk achten dat ze BOV zullen voorschrijven, opnieuw van één tot zeven, waarbij één heel onwaarschijnlijk is, en zeven heel waarschijnlijk. In de tabel staan steeds de gemiddelden van alle artsen. De laatste rij toont het aantal verwijzingen dat is geregistreerd in de laatste maand van die cyclus.

Tabel 5: Resultaten van de gestructureerde vragenlijst met het aantal verwijzingen in de laatste maand van iedere cyclus

	Praktijk 1			Praktijk 2	
Drempels	**Start**	**Cyclus 1**	**Cyclus 2**	**Start**	**Cyclus 3**
1) Tijdsgebrek	5,50	4,50	4,83	3,29	3,29
2) Niet vertrouwd met BOV	3,83	2,17	3,33	3,43	2,86
3) Onvoldoende kennis	3,50	2,00	2,00	2,00	1,86
4) Complexe verwijsprocedure	3,33	1,83	1,83	3,29	2,00
5) Onvoldoende veiligheid	1,50	1,33	1,50	1,86	1,14
6) Gebrek aan materiaal	4,17	2,17	1,67	3,29	1,43
7) Geen interesse patiënt	4,67	3,00	4,33	3,43	3,57
8) Niet aan denken	4,83	4,17	3,83	4,29	3,29
9) Te weinig richtlijnen	4,83	2,67	3,33	2,71	2,57
Waarschijnlijkheid te verwijzen	5,33	5,17	5,83	5,71	5,57
Verwijzingen in de laatste maand	3	7	1	1	16

Deze resultaten betreffen een score van 1 tot 7, waarbij 1 totaal niet van toepassing is op de arts en 7 helemaal wel van toepassing, De laatste rij betreft de som van het aantal verwijzingen tijdens één maand in de hele praktijk.

In praktijk één zien we na de eerste cyclus een afname van alle barrières. De waarschijnlijkheid om te verwijzen zakt licht, maar het aantal verwijzingen toont een stijging ten opzichte van de start.

Na de volgende cyclus zien we dat het gebrek aan materiaal en het feit dat ze er niet aan denken, minder grote barrières zijn. Sommige drempels worden terug hoger ingeschat, maar nooit zoals voor het project. De waarschijnlijkheid om te verwijzen neemt toe, maar het aantal verwijzingen in de laatste maand zakt naar één.

In de tweede praktijk lagen de drempels bij aanvang globaal lager dan in praktijk één, maar er was slechts één verwijzing in de maand voor de start. Na de interventies zien we een daling van bijna alle drempels. Hierbij valt op dat ze meer kennis hebben over BOV, de verwijsprocedure een veel minder grote drempel vormt, het gebrek aan materiaal is gebeterd en ze denken er meer aan. De waarschijnlijkheid om te verwijzen daalt zeer licht, maar het aantal verwijzingen is fors toegenomen.

Doorheen het project zien we dus in zowel praktijk één als praktijk een gunstige evolutie van de barrières. De waarschijnlijkheid om te verwijzen stijgt in praktijk één en daalt in praktijk twee. Hierbij is op te merken dat deze score doorheen het hele project hoog lag. Het aantal verwijzingen is sterk gestegen in beide praktijken, met in praktijk één een terugval na het vertrek van de projectleider.

Het valt op dat de scores die worden aangeduid, niet geheel overeenkomen met de manier waarop de artsen tijdens focusgroepen en tussentijdse gesprekken hun drempels aangaven. Tijdsgebrek scoort laag in praktijk 2, hoewel dit in de focusgroep wel als erg belangrijk werd gezien. Daarnaast gaven de artsen in praktijk twee op het einde mondeling aan dat ze BOV meer zullen gebruiken, wat zich niet weerspiegelt in de scores op 'de waarschijnlijkheid om te verwijzen'.

Interacties en bedenkingen

Dit project is uitgevoerd tijdens de COVID-pandemie en in de nasleep hiervan. Dit maakte dat in de eerste praktijk de patiënten geen toegang hadden tot de wachtzaal, maar buiten moesten wachten gedurende een groot deel van het project. Hierdoor waren interventies in de wachtzaal (poster, flyer, wachtkamerscherm) niet, of minder, effectief. Daarnaast zorgde COVID voor extra belasting van de zorg, waardoor er mogelijk minder aandacht was voor preventie.

In de tweede praktijk is tijdens het project een praktijkverpleegkundige aangenomen. Zij kreeg de opdracht om chronische patiënten mee op te volgen. Aangezien dit consulten zijn waar vaak meer aandacht is voor preventie kan dit een invloed hebben op het aantal verwijzingen. Zij is door de onderzoeker mee betrokken in het project om BOV te promoten. De exacte invloed hiervan is onzeker, deze kan zowel positief als negatief zijn.

Verder was het in de focusgroepen duidelijk dat een toename van acute zorg resulteert in minder aandacht is voor preventie. Cyclus één en drie vielen beiden tijdens het griepseizoen. Dit heeft mogelijk een negatief effect op het aantal verwijzingen.

Tenslotte waren regelmatig artsen afwezig. Dit maakt dat niet iedere arts iedere interventie mee heeft kunnen volgen (voorstelling coach, presentatie, …) ze werden nadien op de hoogte gebracht, maar mogelijk hadden deze interventies minder invloed op desbetreffende artsen.

Enkele interventies zijn niet gelukt. Zo is het niet gelukt om een BOV-coach te laten spreken op de eerste praktijk, hoewel de artsen na cyclus één aangaven dat ze dit als behulpzaam zouden ervaren. Daarnaast is het wachtkamerscherm in praktijk twee niet gebruikt omwille van technische problemen.

De kosten van bovenstaande interventies waren minimaal. Zo goed als alle interventies konden kosteloos geïmplementeerd worden. Het informatiemateriaal werd gratis voorzien door *Gezond Leven*. Enkel voor de wedstrijd in cyclus drie was een beperkte uitgave nodig van ongeveer dertig euro. Dit voor een grappige prijs om de artsen te motiveren.

Ontbrekende gegevens

De artsen waren zelf verantwoordelijk om hun verwijzingen te registreren. Hierop werden ze reeds voor de eerste cyclus aangesproken zodat de situatie voor de interventies kon worden gepeild. Hiervoor was een extra handelingen nodig van de artsen. Daardoor is dit niet altijd correct gebeurd.

Daarnaast is er enkel gekeken naar het aantal effectieve verwijzingen. Als de arts de intentie had een patiënt te verwijzen, maar de patiënt hier niet op in wilde gaan, werd dit niet mee geregistreerd, hoewel dit ook een uiting is van een positief effect van de interventies. Dit werd gedeeltelijk gecompenseerd door de waarschijnlijkheid om te verwijzen mee op te nemen in de vragenlijst.

Discussie

De artsen vonden dat het project een positief effect had. Ze zagen BOV als een waardevolle aanvulling om patiënten te helpen bewegen en vonden het project helpend om BOV beter te implementeren in hun praktijkvoering. Op het einde van cyclus drie zeiden de artsen dat ze verwachten BOV meer te zullen gebruiken dan voordien en dat hun drempels nu lager liggen. Er bleven enkele barrières aanwezig, zoals twijfels over het nut voor de patiënt, het overschatten van de hoeveelheid beweging van de patiënt en het feit dat het nog niet helemaal een routine is.

We zien dat de drempels gedaald zijn ten opzichte van het begin en dat het aantal verwijzingen is gestegen. De reacties van de artsen zijn positief, toch zien we doorheen het project weinig verandering in de waarschijnlijkheid om te verwijzen. Deze score lag doorheen het project steeds erg hoog, waardoor een positief effect mogelijk moeilijker tot uiting komt. Tijdens de mondelinge bevragingen, gaven de artsen wel aan dat ze BOV meer zullen gebruiken dankzij het project.

Interventies

In de praktijken bleek dat veel artsen niet wisten wat BOV inhoudt. Het was ooit voorgesteld en nadien zijn de artsen er niet veel meer mee bezig geweest. Daarom werden beide praktijken geïnformeerd over BOV door middel van de presentatie. Dit gaf meer duidelijkheid en hielp om te verwijzen. In praktijk twee vonden ze de ontmoeting met de BOV-coach ook zeer helpend.

Een tweede probleem dat veel werd aangehaald was dat ze er niet aan dachten. Er is getracht dit te verbeteren door middel van visuele herinneringen met informatiemateriaal van BOV. Dit had een positief, maar beperkt effect. Na cyclus twee bleek dat enkel visuele stimuli onvoldoende zijn. Het informatiemateriaal werd na cyclus één meer in het zicht gelegd, maar wanneer niemand hen erop wees, zakte het aantal verwijzingen. De artsen gaven aan dat het verwijzen geen gewoonte is en dat een flyer of poster dit onvoldoende compenseert. Daarom is bij cyclus drie extra aandacht gegeven aan deze gewoontevorming. Er werden meer verbale herinneringen gegeven en via een groepschat werden berichten uitgestuurd. Er is een themamaand rond beweging georganiseerd en er is een wedstrijd georganiseerd. Dit zorgde ervoor dat de artsen onderling meer over BOV spraken. Deze sociale component speelde volgens hen een grotere rol dan enkel het visuele en hielp om er meer aan te denken. We zagen dan ook een groot effect op de verwijzingen.

Tenslotte was tijd ook een grote drempel. Zowel binnen een consult als in de praktijkwerking. De artsen hadden onvoldoende tijd om een preventieplan op te stellen door acute problemen. De verwijsprocedure werd vereenvoudigd met een geïntegreerde verwijsbrief in het EMD. Dit stelde de artsen in staat om met enkele muisklikken een verwijsbrief te maken. Dit werd als erg bruikbaar ervaren. De meeste verwijzingen werden dan ook zo opgesteld. Het gebruiksgemak en de integratie in het EMD hielpen om er meer een routine van te maken. Daarnaast werden afspraken gemaakt om beweging beter te implementeren in het EMD zodat hier makkelijker op ingespeeld kan worden bij het opstellen van een preventieplan, maar dit had weinig resultaat.

Ondanks de flyers in de wachtzaal, kwamen er geen spontane vragen naar BOV vanuit de patiënten.

Vergelijking literatuur

Er was een grote overeenkomst tussen de barrières uit het literatuuronderzoek en de barrières uit de focusgroepen. Het is opvallend dat er slechts twee artikels melding maakt van het belang van routine (10, 14), waar in beide praktijken gewoonte als een grote factor werd aangehaald. Mogelijk spelen gewoonte en routine dus een grotere rol dan de literatuur zou doen vermoeden.

In de literatuur werden een gebrek aan interesse vanuit de artsen, een gebrek aan centrale coördinatie en een gebrek aan een financiële vergoeding ook vermeld als barrières. Deze barrières waren in de praktijken niet aanwezig. Ander onderzoek over gedragsverandering bij huisartsen bevestigt eveneens dat financiële vergoedingen geen goede motivators zijn. (33)

Onderzoek naar gedragsverandering bij huisartsen toont aan dat het belangrijk is actieve en veelzijdige interventies toe te passen. Ook het belang van herinneringen wordt hierin bevestigd. (33, 34) Daarnaast worden kennis, context en sociale factoren genoemd. (35) Deze elementen zien we terug in dit project. Er zijn interventies op meerdere domeinen toegepast waarbij de praktijk actief werd betrokken. In cyclus twee zien we een terugval van de verwijzingen doordat de HAIO uit de praktijk vetrokken is. In een systematic review werd vastgesteld dat een lokale opinion leader van belang is bij gedragsveranderingen. (33) Daarnaast werden de interventies eerder passief na het vertrek van de HAIO, wat volgens deze bronnen minder effectief is. Vermoedelijk is er dus een langere opvolging door een trekker nodig totdat het verwijzen een automatisme is geworden.

Toepasbaarheid

Alle interventies zijn breed toepasbaar en kunnen eenvoudig en laagdrempelig naar andere praktijken worden omgezet. Eén van de voorwaarden is dat de gemeente van de praktijk deelneemt aan BOV. Momenteel is het project enkel beschikbaar in Vlaanderen maar nog niet overal, al loopt het aantal deelnemende gemeenten wel op.

Daarnaast helpt het als er in de praktijk een initiatiefnemer is om de interventies te leiden en op te volgen. Om een duurzaam effect te verkrijgen, moeten de interventies niet enkel ingevoerd worden, maar ook worden opgevolgd en bijgestuurd met herhaaldelijke motivering van de artsen.

Als een praktijk gemotiveerd is om BOV meer te gebruiken en dit ter beschikking heeft in de gemeente, kan dit eindwerk hier een nuttige leidraad voor zijn.

SWOT-analyse

<u>Sterktes</u>

Dit project is in meerdere praktijken uitgevoerd. Zo konden verschillende perspectieven meegenomen worden. De praktijken waren voldoende gelijkaardig om de interventies verder te zetten. Daarnaast heeft dit project, dankzij een kwalitatief luik, een uitgebreid inzicht gekregen in de barrières die aanwezig waren in beide praktijken, meer dan wanneer er enkel via een vragenlijst zou zijn gewerkt. Tenslotte was de projectleider één van de artsen in de praktijken, waardoor hij voeling had met de artsen en hun ervaringen. Hierdoor konden interventies snel worden bijgestuurd.

<u>Zwaktes</u>

Het kan niet worden uitgesloten dat de resultaten beïnvloed werden door het feit dat de

projectleider één van de artsen was. Mogelijk deden de andere artsen beter hun best uit collegialiteit, iets wat minder speelt na het vertrek van de projectleider. Dit verklaart mogelijk de terugval na cyclus twee. Daarnaast was de registratie van de verwijzingen afhankelijk van de artsen zelf waardoor dit mogelijk niet altijd correct is gebeurd. Er is contact opgenomen met Careconnect, maar er was geen alternatief om de verwijzingen te meten in het EMD. Enkele cycli vielen tijdens de covid-pandemie en het griepseizoen, dit maakt dat er andere prioriteiten waren voor de artsen en een goede implementatie van het project bemoeilijkt werd. Tenslotte moet er gemeld worden dat de gebruikte vragenlijst niet werd gevalideerd. Daarnaast is de score van één tot zeven mogelijk te beperkt om kleine verschillen voldoende accuraat weer te geven.

Kansen

In de tweede praktijk is nu een verpleegkundige werkzaam. Tijdens het project was er nog geen kans haar volledig mee te integreren. Aangezien zij mee zal instaan voor preventieve en chronische zorg, kan zij mee BOV verder te implementeren. Deze praktijk plant ook om naar het forfaitair honorarium systeem te evolueren waardoor er mogelijk meer aandacht komt voor preventieve zorg. Het project is ook toepasbaar in andere praktijken, wat voor een betere implementatie van BOV kan zorgen.

Bedreigingen

Indien het project van BOV stopgezet zou worden, is dit praktijkproject niet meer bruikbaar. Echter, de aandacht voor beweging zal bij de artsen hopelijk aanwezig blijven. Daarnaast valt het af te wachten of de verwijzingen zullen terugvallen na het vertrek van de HAIO uit de tweede praktijk.

Besluit

Dit project is erin geslaagd om de barrières voor BOV in twee praktijken in kaart te brengen en met laagdrempelige interventies te verlagen. Het project is in beide praktijken positief onthaald en de artsen zeggen dat ze BOV beter kunnen gebruiken. Ondanks deze positieve effecten is er weinig evolutie in de waarschijnlijkheid om te verwijzen. Deze score heeft tijdens het hele project hoog geleden en schommelde doorheen de verschillende meetmomenten. Door de hoge score, is deze vermoedelijk ongeschikt om een positieve evolutie aan te tonen, aangezien de artsen tijdens de mondelinge evaluaties wel een positief effect aangaven. We zien op het einde van het project wel een grote stijging van het aantal verwijzingen.

Dit werd bereikt door de artsen grondig te informeren over BOV, de verwijsprocedure te vereenvoudigen en implementeren in het EMD, het belang van beweging te benadrukken, in te zetten op de relatie tussen de artsen en de BOV-coach en door artsen er regelmatig aan te doen herinneren. Om dit goed te kunnen bewerkstelligen is er vermoedelijk een trekker in de praktijk nodig, om dit project te leiden. We zagen halverwege het project een kleine achteruitgang na het vertrek van de projectleider, maar niet tot hetzelfde niveau als voor de start.

Op het einde hadden de artsen nog enkele bedenkingen. Met name of patiënten het zinvol vinden en of ze met een verwijzing tevreden zijn. Daarom zou aanvullende feedback van patiënten over BOV kunnen helpen. Hiertoe is dit project niet gekomen. Dit kan verder geëxploreerd worden in een vervolgproject. Verder lijkt een betere implementatie van beweging in het EMD ook zinvol om artsen meer aan beweegpromotie te laten doen. Verder onderzoek met een uitbreiding van dit project op grotere schaal of voor langere tijd, zou interessant zijn om na te gaan of de effecten ook in andere praktijken te zien zouden zijn en of ze duurzaam zijn.

Referentielijst

1. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switserland2010.

2. World Health O. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020 2020.

3. World Health O. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020 2020.

4. Drieskens S, Gisle L, Charafeddine R, Demarest S, Braekman E, Nguyen D, et al. Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Report No.: D/2019/14.440/52.

5. Braekman E, Fiers S. Preventiebarometer: bewegingen sedentair gedrag. Brussel, België: Sciensano; 2023. Report No.: D/2023.14.440/15.

6. van der Wardt V, di Lorito C, Viniol A. Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice. 2021:BJGP.2020.0817.

7. Bewegen op verwijzing 2018 in cijfers Gezond leven: Vlaams instituut gezond leven; 2019 [cited 2021 7 maart]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/evaluatieresultaten.

8. Smeyers L. Dataverwerking Project Bewegen op Voorschrift In Leuven, 2013-2014. Riso Vlaams-Brabant; 2015.

9. Evaluatierapport Bewegen Op Verwijzing zomer 2018. Vlaams Instituut Gezond Leven; 2018.

10. De Smyter L. 'Bewegen Op Verwijzing': Een evaluatie door de huisarts: KU Leuven; 2020.

11. NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care. Public Health Guideline. UK2013.

12. Morgan F, Turley R, Morgan H, Searchfield L, Weightman A. The factors that influence referral to, attendance at and successful completion of exercise schemes and longer term participation in physical activity. Support Unit for Research Evidence 2013.

13. De Cort P. Fysieke activiteit voorschrijven: effectief? Minerva. 2003;2(10):163-5.

14. Bélanger M, Phillips EW, O'Rielly C, Mallet B, Aubé S, Doucet M, et al. Longitudinal qualitative study describing family physicians' experiences with attempting to integrate physical activity prescriptions in their practice: 'It's not easy to change habits'. BMJ open. 2017;7(7):e017265.

15. Fowles JR, O'Brien MW, Solmundson K, Oh PI, Shields CA. Exercise is Medicine Canada physical activity counselling and exercise prescription training improves counselling, prescription, and referral practices among physicians across Canada. Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme. 2018;43(5):535-9.

16. Graham-Clarke E, Rushton A, Noblet T, Marriott J. Facilitators and barriers to non-medical prescribing - A systematic review and thematic synthesis. PloS one. 2018;13(4):e0196471.

17. Gustavsson C, Nordqvist M, Bröms K, Jerdén L, Kallings LV, Wallin L. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? - interview study with primary healthcare staff and management. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):196.

18. Hite A, Victorson D, Elue R, Plunkett BA. An Exploration of Barriers Facing Physicians in Diagnosing and Treating Obesity. American journal of health promotion : AJHP. 2019;33(2):217-24.

19. Josyula LK, Lyle RM. Barriers in the implementation of a physical activity intervention in primary care settings: lessons learned. Health promotion practice. 2013;14(1):81-7.

20. Stanton R, Happell B, Reaburn P. Investigating the exercise-prescription practices of nurses working in inpatient mental health settings. International journal of mental health nursing. 2015;24(2):112-20.

21. Wattanapisit A, Thanamee S, Wongsiri S. Physical activity counselling among GPs: a qualitative study from Thailand. BMC Fam Pract. 2019;20(1):72.

22. Windt J, Windt A, Davis J, Petrella R, Khan K. Can a 3-hour educational workshop and the provision of practical tools encourage family physicians to prescribe physical activity as medicine? A pre-post study. BMJ open. 2015;5(7):e007920.

23. Belanger M, Phillips EW, O'Rielly C, Mallet B, Aube S, Doucet M, et al. Longitudinal qualitative study describing family physicians' experiences with attempting to integrate physical activity prescriptions in their practice: 'It's not easy to change habits'. BMJ open. 2017;7(7).

24. Besenyi GM, Hayashi EB, Christiana RW. Prescribing Physical Activity in Parks and Nature: Health Care Provider Insights on Park Prescription Programs. J Phys Act Health. 2020;17(10):958-67.

25. Curbach J, Apfelbacher C, Knoll A, Herrmann S, Szagun B, Loss J. Physicians' perspectives on implementing the prevention scheme "Physical Activity on Prescription": Results of a survey in Bavaria. Zeitschrift Fur Evidenz Fortbildung Und Qualitaet Im Gesundheitswesen. 2018;131:66-72.

26. Hite A, Victorson D, Elue R, Plunkett BA. An Exploration of Barriers Facing Physicians in Diagnosing and Treating Obesity. American Journal of Health Promotion. 2019;33(2):217-24.

27. Huijg JM, Gebhardt WA, Verheijden MW, van der Zouwe N, de Vries JD, Middelkoop BJC, et al. Factors Influencing Primary Health Care Professionals' Physical Activity Promotion Behaviors: A Systematic Review. International Journal of Behavioral Medicine. 2015;22(1):32-50.

28. Omura JD, Bellissimo MP, Watson KB, Loustalot F, Fulton JE, Carlson SA. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention. Preventive Medicine. 2018;108:115-22.

29. Stanton R, Happell B, Reaburn P. Investigating the exercise-prescription practices of nurses working in inpatient mental health settings. International journal of mental health nursing. 2015;24(2):112-20.

30. Wattanapisit A, Thanamee S, Wongsiri S. Physical activity counselling among GPs: a qualitative study from Thailand. BMC Fam Pract. 2019;20.

31. Windt J, Windt A, Davis J, Petrella R, Khan K. Can a 3-hour educational workshop and the provision of practical tools encourage family physicians to prescribe physical activity as medicine? A pre-post study. BMJ open. 2015;5(7).

32. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. The Permanente journal. 2015;19(4):65-70.

33. Chauhan BF, Jeyaraman MM, Mann AS, Lys J, Skidmore B, Sibley KM, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. Implementation science : IS. 2017;12(1):3.

34. Mostofian F, Ruban C, Simunovic N, Bhandari M. Changing physician behavior: what works? The American journal of managed care. 2015;21(1):75-84.

35. Mather M, Pettigrew LM, Navaratnam S. Barriers and facilitators to clinical behaviour change by primary care practitioners: a theory-informed systematic review of reviews using the Theoretical Domains Framework and Behaviour Change Wheel. Systematic reviews. 2022;11(1):180.

Bijlagen

Bijlage 1: Barrières per artikel, weerhouden in het literatuuronderzoek

Artikel	Jaar	Barrières		Extra
NICE richtlijn (11)	2013	○ Tijdsgebrek ○ Kostprijs ○ Attitude arts/patiënt ○ Gebrek materiaal	○ Uitgaan van een gebrek aan motivatie patiënt ○ Zelfvertrouwen beweegadvies	
Morgan F., e.a. (12)	2013	○ Lage prioriteit ○ Onbekendheid ○ Gebrek aan feedback	○ Zelfvertrouwen beweegadvies ○ Vragen verantwoordelijkheid ○ Comorbiditeit	
Windt J., e.a. (31)	2015	○ Tijdsgebrek ○ Gebrek materiaal ○ Gebrek aan educatie ○ Gebrek motivatie patiënt	○ Voorkeur medicatie patiënt ○ Gebrek aan richtlijnen ○ Gebrek aan kennis	Vastgelegd via gescoorde vragenlijst. Weergegeven in volgorde van belang.
Huijg J., e.a. (27)	2015	○ Tijdsgebrek ○ Gebrek aan materiaal ○ Gebrek aan kennis ○ Gebrek motivatie patiënt ○ Uitgaan van een gebrek aan motivatie patiënt	○ Verschillende doelen arts-patiënt ○ Barrières om te bewegen bij patiënt ○ Lage prioriteit ○ Consult voor acuut probleem	
Bélanger M., e.a. (14)	2017	○ Tijdsgebrek ○ Geen routine ○ Voorschrift niet steeds bij de hand	○ Anticiperen negatieve reactie ○ Gedrag zal niet veranderen	
Curbach J., e.a. (25)	2018	○ Tijdsgebrek ○ Onbekendheid ○ Gedrag zal niet veranderen ○ Gebrek motivatie patiënt	○ Gebrek aan financiële vergoeding ○ Gebrek aan beweegaanbod	
Gustavson C., e.a. (17)	2018	○ Tijdsgebrek ○ Onbekendheid ○ Twijfels over eigen competentie	○ Gebrek aan richtlijnen ○ Gebrek aan centrale coördinatie ○ Gebrek aan samenwerking	
Omura J., e.a. (28)	2018	○ Tijdsgebrek ○ Uitgaan van een gebrek aan motivatie patiënt ○ Kostprijs	○ Gebrek aan verwijsmogelijkheden ○ Gedrag zal niet veranderen ○ Twijfels over eigen kunnen	Vastgelegd via gescoorde vragenlijst. Weergegeven in volgorde van belang.
Wattanapisit A., e.a. (30)	2019	○ Tijdsgebrek ○ Gebrek aan kennis richtlijnen	○ Gebrek aan continuïteit	
Besenyi G., e.a. (24)	2020	○ Gebrek aan motivatie patiënt ○ Tijdsgebrek ○ Gebrek aan gestandaardiseerd materiaal ○ Gebrek aan kennis patiënt ○ Ongerustheid over veiligheid	○ Gebrek aan kennis over motivationele gespreksvoering ○ Gebrek aan financiële vergoeding ○ Gebrek aan interesse HA ○ Idee dat het geen voordeel geeft	Vastgelegd via gescoorde vragenlijst. Weergegeven in volgorde van belang.
De Smyter L. (10)	2020	○ Tijdsgebrek ○ Pt niet overtuigd ○ Onbekendheid bij patiënt ○ Teveel info aan huisarts ○ Geen routine ○ Mogelijke contra-indicaties ○ Drukte in praktijk	○ Verschil in agenda ○ Preventie slechts tussendoor ○ Nood aan extra uitleg ○ Verwijsbrief ontoegankelijk ○ Omslachtige verwijsprocedure ○ Alle antecedenten moeten vermelden	

Bijlage 2: Voorschrift in EMD

Verwijsbrief Bewegen op verwijzing

Aan bewegingscoach

Geachte,
Betreft patiënt: @{Naam} @{Voornamen}, °@{Geboortedatum}

Graag verwijs ik bovenstaande patiënt naar u door omwille van onvoldoende lichamelijke activiteit of een sedentaire levensstijl.

Coaches in de buurt

- **(Naam 1)** -(GSM-nummer)
  email@bewegenopverwijzing.be
  (straat + nummer, postcode, stad)
- **(Naam 2)** -(GSM-nummer)
  email@bewegenopverwijzing.be
  (straat + nummer, postcode, stad)
- **(Naam 3)** -(GSM-nummer)
  email@bewegenopverwijzing.be
  (straat + nummer, postcode, stad)

Voor meer coaches of meer informatie, surf naar **www.bewegenopverwijzing.be**

Co-morbiditeiten:

@{Zorgelementen_actief_extra}

Dr. @{Gebruiker_naam} @{Gebruiker_voornaam}
@{Gebruiker_riziv}
(Praktijknaam)
(Praktijkadres)

Verwijsbrief Bewegen op verwijzing

Aan bewegingscoach

Geachte,
Betreft patiënt: testpatiënt, °01/01/2020

Graag verwijs ik bovenstaande patiënt naar u door omwille van onvoldoende lichamelijke activiteit of een sedentaire levensstijl.

Coaches in de buurt

- **(Naam 1)** -(GSM-nummer)
  emailadres@bewegenopverwijzing.be
  (straat + nummer, postcode, stad)
- **(Naam 2)** -(GSM-nummer)
  emailadres@bewegenopverwijzing.be
  (straat + nummer, postcode, stad)
- **(Naam 3)** -(GSM-nummer)
  emailadres@bewegenopverwijzing.be
  (straat + nummer, postcode, stad)

Voor meer coaches of meer informatie, surf naar **www.bewegenopverwijzing.be**

Co-morbiditeiten:

- Relevante comorbiditeiten
- Relevante comorbiditeiten
- Relevante comorbiditeiten

Dr. (Voorschrijvende arts)
(RIZIV-nummer)
(Praktijknaam)
(Praktijkadres)

Links: BOV voorschrift zoals ingesteld in het EMD opdat relevante informatie automatisch aangepast wordt aan de patiënt. Namen en informatie van de beweegcoaches zijn reeds standaard ingevuld, maar hier geanonimiseerd uit respect voor hun privacy.

Rechts: Uitkomt van dit sjabloon indien het wordt toegepast bij een testpatiënt.

Bijlage 3: Presentatie BOV (slides die nieuw zijn toegevoegd in praktijk 2 zijn rood omkaderd)

BEWEGEN OP VERWIJZING

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

Wat?

- Coaching om meer te bewegen
- Motivatie
- Persoonlijke doelen

Wat niet?

- Personal trainer
- Kine



Achtergrond

- EUPAP
- FYSS-short
- https://www.gezondleven.be/files/bov/FYSS.pdf



Waarom?

- Gezondheidsenquête 2018
  - Slechts 55% beweegt voldoende
- WHO
  - 4e belangrijkste risicofactor voor niet-besmettelijke aandoeningen



Hoe?

- Intake (1 u)
  - Beweeggedrag, motivatie, moeilijkheden, geschiedenis → plan
- Opvolging (30 min)
  - Wat gaat goed/moeilijk → aanpassingen
- Outtake (45 min)
  - Terugblik, te verwachten moeilijkheden → zelfstandig verder

Hoe?

- Vanuit patiënt zelf
  - Motiveren
  - Lage drempels
  - Vb: fiets ipv auto, trap ipv lift, sportclub die aansluit bij interesses, …



- Verslag naar HA → terugkoppeling

Voor wie?

- Te weinig bewegen
  - 150 min. matig intensief/w
  - Sedentair
- Beweging als behandelplan

Meest voorkomende pathologieën

1. Overgewicht
2. Lage rugpijn
3. Diabetes
4. Burn-out en Stress
5. Hart- en vaatziekten

Elke stap telt!

Voor wie?

Bewegen Op Verwijzing richt zich ook op mensen met volgende gezondheidsrisico's:

- overgewicht
- prediabetes of metaboolsyndroom
- suikerziekte types 1 en 2
- hoge bloeddruk
- vernauwing van de kransslagaderen
- beroerte
- hartfalen
- ritmestoornis
- hart- en vaatziekten
- astma of andere longziekten
- valrisico bij ouderen
- botontkalking
- artrose
- artritis
- lage rugpijn
- kanker
- hiv
- dementie
- stress, angststoornis, depressie, burn-out, psychosomatische klachten en slaapproblemen
- chronischevermoeidheidssyndroom

Voor wie niet?

Absolute contra-indicaties

- Recente belangrijke verandering op ECG
- Instabiele angina pectoris
- Ongecontroleerde hartritmestoornis
- Ernstige aortastenose
- Ongecontroleerd hartfalen
- Acute longembolie
- AMI
- Aneurysma dyssecans
- Acute systemische infectie

Bij twijfel → Online verwijsbrief

Beweegaanbevelingen

- Volwassenen (18-64j)
  - 150-300 min/w matig intensief = versnelling AH + Hf
    - Niet perse sporten: poetsen, tuinieren, …
  - 75-150 min./w hoog intensief = zweten + moeilijker spreken
    - Niet perse sporten: traplopen, naar werk fietsen, …

Niet teveel stilzitten

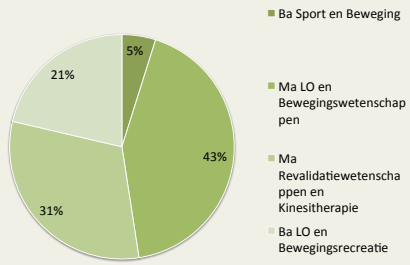


EMD - registreren

- Onvoldoende = ???
- Minimaal = ???
- Goed = ???
- Recreatiesport = ???
- Competitiesport = ???
- Onmogelijk = ???



Door wie?



Door wie?

Vorming

- Dag 1: wat is BOV?
- Dag 2: doelgroep + rol in lokaal beweegaanbod
- Dag 3: Motivationele gespreksvoering

Prijs

Prijs per kwartier	Privé	Groep
Standaardtarief	€5	€1
3e-betaler	€1	€0,5

84 punten

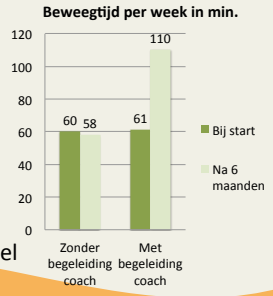
- Individueel
  - 3 punten/15 min
  - Max 7 u.
- Groep
  - 1 punt/15 min
  - Max 21 u.
- Combinaties mogen
- 2 kalenderjaren geldig

Vergoeding:

- Individueel: 60 euro/u
- Groep: 20 euro/p/u

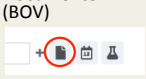
Effect

- Meer beweging
- Anderen
  - Sociaal
  - Algemeen welzijn
  - Slaap
  - …
- 90% tevreden
- 78% behaalt zijn doel



Hoe concreet?

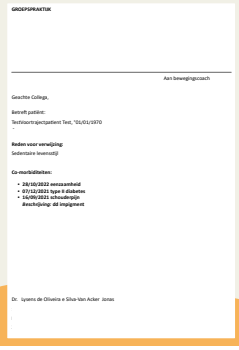
- Via Careconnect
  - Documenten → Verwijsbrief Bewegen op verwijzing (BOV)





- Via papieren verwijsbrief
  - In bureaus?
- Via online verwijsbrief
  - https://www.gezondleven.be/forms/bov/1
  - Genereert automatisch aanbevelingen naargelang co-morbiditeit

Voorbeeld: EMD


GROEPSPRAKTIJK

Aan bewegingscoach

Geachte Collega,

Betreft patiënt:

Testvoortrajectpatient Test, *01/01/1970

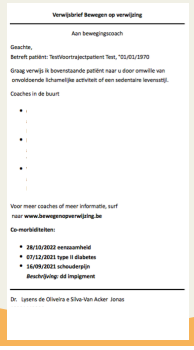
Reden voor verwijzing:
Sedentaire levensstijl

Co-morbiditeiten:

- 28/10/2022 eenzaamheid
- 07/12/2021 type II diabetes
- 16/09/2021 schouderpijn

Beschrijving: dd Impingment

Dr. Lyaens de Oliveira e Silva-Van Acker Jonas


Verwijsbrief Bewegen op verwijzing

Aan bewegingscoach

Geachte,

Betreft patiënt: Testvoortrajectpatient Test, *01/01/1970

Graag verwijs ik bovenstaande patiënt naar u door omwille van onvoldoende lichamelijke activiteit of een sedentaire levensstijl.

Coaches in de buurt

Voor meer coaches of meer informatie, surf naar www.bewegenopverwijzing.be

Co-morbiditeiten:

- 28/10/2022 eenzaamheid
- 07/12/2021 type II diabetes
- 16/09/2021 schouderpijn

Beschrijving: dd Impingment

Dr. Lyaens de Oliveira e Silva-Van Acker Jonas

Voorbeeld: online

Patiënt met DM2 met perifere neuropathie, HF, ritmestoornis en valrisico

– Advies voor verwijzer

Let op:

DIABETES MELLITUS TYPE 2:

- Indien behandeling met insuline: beweging enkel mits goede kennis of educatie therapieaanpassingen en zelfcontrole. Oftalmologische controle door oftalmoloog, cardiologische controle door huisarts, opsporen tekenen van neuropathie door huisarts.
- Indien er typische of atypische symptomen zijn van cardiovasculaire ziekte, dan moet pt worden gescreend op coronair lijden door cardioloog.

PERIFERE NEUROPATHIE

Hoger risico op vallen en voetulcera. Daarom moet er aandacht besteed worden aan aangepast schoeisel.

HARTFALEN:

Cardiovasculaire investigatie door cardioloog

RITMESTOORNISSEN:

Cardiovasculaire investigatie door cardioloog

OUDEREN MET VALRISICO

Nagaan zicht, perifere neuropathie, evenwichtsstelsel, medicatie door huisarts. Meerdere keren gevallen: praktijkrichtlijn EVV volgen; kinesitherapeut stelt kinesitherapeutisch bilan op.

Voorbeeld: online

Patiënt met DM2 met perifere neuropathie, HF, ritmestoornis en valrisico

– Advies op verwijsbrief

Tips

Draag schoenen met de juiste maat en pasvorm.

Neem wat suiker mee als je gaat bewegen of sporten.

Krijg je last van zweten, beven of hartkloppingen? Dan is je bloedsuikerspiegel waarschijnlijk te laag. Ook honger, tintelingen en krachtsverlies zijn symptomen.

Stop direct met je activiteit en meet de suikerwaarde in je bloed. Is die lager dan 70 mg/d? Drink dan een half glas frisdrank of water met 3 suikerklontjes. Of eet 5 tabletten druivensuiker. Meet je suikerwaarde opnieuw na een kwartier. Hoger dan 70 mg/d? Dan is je bloedsuikerspiegel weer in orde. Nog altijd te laag? Eet dan extra suikers. Neem daarna contact op met je arts.
Als je gaat sporten, hou dan rekening met de duur en hevigheid van je beweging en ken je eigen mogelijkheden en grenzen.

Pijn op de borst, hartkloppingen of heel kortademig? Duizelig, flauwgevallen of heel vermoeid? Stop met je activiteit en ga langs bij je huisarts.

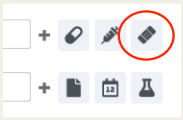
- Overweeg om bewegingen te doen waarbij je jouw eigen lichaamsgewicht moet dragen.
- Doe je spieroefeningen? Focus dan eerst op je onderlichaam, pas daarna op je bovenlichaam.
- Overweeg bewegingen met effect op ontspanning, evenwicht en lenigheid.
- Zorg dat er bij het bewegen altijd iets in de buurt is om op te steunen of te zitten. En kies voor activiteiten met een laag valrisico.
- Maak je woning veiliger met o.a. antislipmatten en voldoende verlichting.
- Kies voor bewegingen die je gewrichten niet te zwaar belasten.

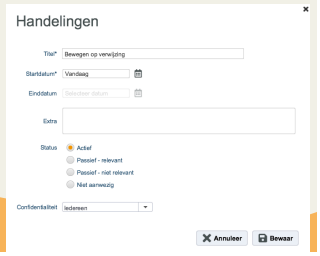
Beperkingen

Kies voor beweging met een gelijkmatige inspanning. Vermijd sporten waarbij je veel kracht moet zetten en oefeningen waarbij je kracht moet zetten maar er geen beweging gebeurt.

Niet te vergeten!

- Registratie!
  – Handeling → “Bewegen op verwijzing” of “BOV”





Onze taak

- Aandacht voor hebben
- Eraan denken
- Motiveren



Hulpmiddelen

- Folder
- Optimaal benutten EMD
- Bookmark
- Papieren verwijsbrief
- Duidelijke indicatiestelling
- **Gewoonte!!**

Wedstrijdje?



Bijlage 4: Gestructureerde vragenlijst

Gestructureerde vragenlijst

Kwaliteitsverbeterend project: Huisartsen motiveren voor "bewegen op verwijzing"

Jonas Lysens de Oliveira e Silva-Van Acker

Inleiding

Beste arts,

Alvast bedankt voor uw deelname aan dit kwaliteitsverbeterend project. Dit luik van het project bestaat uit een vragenlijst met als doel inzicht te krijgen in de verschillende barrières die u ervaart voor het voorschrijven van "Bewegen op verwijzing" (BOV).

De barrières die worden bevraagd in deze vragenlijst zijn afgeleid uit een literatuuronderzoek waarbij er is nagegaan welke barrières bij huisartsen spelen in het voorschrijven van beweging.

Aan de hand hiervan wil ik, in combinatie met een groepsinterview, nagaan welke barrières in jullie specifieke praktijk een rol spelen om gerichte interventies te kunnen uitvoeren om deze te overwinnen en BOV meer in gebruik te krijgen.

Deze vragenlijst zal worden afgenomen bij aanvang van het project en opnieuw na drie en zes maanden. Op die manier kunnen we een evolutie vaststellen om de interventies bij te sturen en een dynamisch proces creëren.

Demografische gegevens

Graag aanduiden wat op u van toepassing is

1) Geslacht

- ❑ Man
- ❑ Vrouw

2) Leeftijd: …

3) Aantal jaren ervaring in de huisartsenpraktijk: …

4) Heeft u een aanvullende opleiding voor sportgeneeskunde gevolgd?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Barrières

Hierna zullen er enkele stellingen volgen met betrekking tot mogelijke barrières om BOV voor te schrijven. Bij iedere barrière kan u op een schaal van 1 tot 7 aangeven in welke mate u akkoord bent met deze stelling waarbij 1 staat voor helemaal niet akkoord en 7 voor helemaal akkoord.

1) Ik heb onvoldoende tijd tijdens het consult om mijn patiënten te verwijzen naar BOV.

1	2	3	4	5	6	7

2) Ik voel me niet vertrouwd genoeg met BOV om het te gebruiken in de praktijk.

1	2	3	4	5	6	7

3) Ik heb het gevoel onvoldoende kennis te hebben over beweging om mensen te verwijzen naar BOV.

1	2	3	4	5	6	7

4) Ik vind de verwijsprocedure te complex om te kunnen gebruiken in de praktijk.

1	2	3	4	5	6	7

5) Ik ben ongerust over de veiligheid van de patiënt wanneer ik ze doorverwijs om meer bewegen.

1	2	3	4	5	6	7

6) Ik voel me geremd door een gebrek aan materiaal (folders etc.) om aan de patiënt mee te geven.

1	2	3	4	5	6	7

7) Patiënten hebben geen interesse om mee te doen aan een project als BOV.

1	2	3	4	5	6	7

8) Ik denk er tijdens de consultaties niet aan om mijn patiënten te verwijzen naar BOV.

1	2	3	4	5	6	7

9) Er zijn te weinig richtlijnen over bewegingspromotie om patiënten te verwijzen naar BOV.

1	2	3	4	5	6	7

10) Ik ga BOV toepassen bij patiënten die te weinig bewegen.

1	2	3	4	5	6	7

Bijlage 5: Script focusgroep

Script – Focusgroep praktijk

Kwaliteitsverbeterend project: Huisartsen motiveren voor "bewegen op verwijzing"

Jonas Lysens de Oliveira e Silva-Van Acker

Introductie

Alvast bedankt dat jullie willen meedoen aan deze focusgroep voor mijn masterproef. We gaan het in dit gesprek hebben over enkele topics in verband met mijn masterproef over "Bewegen op verwijzing". De bedoeling is om er achter te komen hoe jullie hier over denken, hoe jullie ermee omgaan en om na te gaan of er knelpunten zijn in de toepassing hiervan. Zo kunnen we nagaan hoe we deze kunnen overwinnen.

Ik heb enkele vragen en onderwerpen opgesteld waar we het over zullen hebben. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Iedereen kan eerlijk zeggen wat ze willen. Op die manier kan ik een zo goed mogelijk beeld vormen van de heersende barrières en kan ik een plan op maat van de praktijk vormen.

Het gesprek wordt opgenomen. Deze opname zal worden uitgeschreven en geanalyseerd voor de masterproef zoals bij een kwalitatief onderzoek. Hierbij zullen de antwoorden geanonimiseerd worden zodat ieders privacy gerespecteerd wordt.

We zullen enkele afspraken maken voor tijdens het interview:

- De vragen zijn ruime thema's, als je ergens verder op in wil gaan mag je dit zeker doen.
- Ook als je iets extra wil toevoegen is dit zeker toegestaan.
- Het gaat niet over een beoordeling van het handelen in de praktijk. Er zijn dus ook geen verkeerde antwoorden.

Dan mag iedereen nog het informed consent lezen en tekenen zodat we van start kunnen gaan.

Topiclijst

Ice-breaker:

- Hoe doen jullie aan beweegpromotie?

Topic 1: Algemeen idee

Hier wil ik nagaan wat de artsen algemeen denken over BOV. Weten ze wat het is? Passen ze het toe? Hebben ze er interesse in?

- Wie weet wat BOV is en gebruiken jullie het ook?
    - Subvraag voor mensen die het gebruiken: Wat vinden jullie hiervan?
    - Subvraag voor mensen die het niet gebruiken: Hebben jullie er al eens over gedacht?

Topic 2: Belemmeringen

Nu wil ik het vooral hebben over de barrières die er zijn bij de artsen. Welke barrières geven ze zelf aan?

- Wat houdt jullie tegen om het te gebruiken of meer te gebruiken in de praktijk?
    - Subvraag: welke andere zaken zouden artsen kunnen tegenhouden om het te gebruiken?
    - Subvragen afhankelijk van reeds gegeven barrières:
        - Hebben jullie het gevoel voldoende achtergrondkennis te hebben over beweging?

- Hebben jullie het gevoel voldoende te weten over BOV zelf?
- Vinden jullie dat jullie over voldoende materiaal beschikken om BOV uit te leggen aan de patiënte?
- Heb je genoeg tijd om het voor te schrijven en uit te leggen?
- Denk je dat patiënten hiervoor openstaan?

Topic 3: Facilitatoren

Hier wil in nagaan welke facilitatoren de artsen zelf zien om het meer toe te passen.

- Wat denken jullie dat BOV nodig heeft om meer aan te sluiten bij het werk van de huisarts?
    - Subvraag: en hoe denk en jullie dat het in de praktijk hier zou kunnen passen?
- Wat denk je dat jouw specifiek zou kunnen helpen om het meer te gebruiken?

Afsluiting

Bedankt iedereen om mee te doen. Is er iemand die nog iets wil zeggen?
Ik ga met deze gegevens aan de slag en zal jullie op de hoogte houden van het vervolg van de thesis en dit praktijkproject.

Bijlage 6: Goedgekeurd protocol

Kwaliteitsverbeterend project: Huisartsen motiveren voor “bewegen op verwijzing” - Protocol

Inleiding

Lichamelijke inactiviteit is in 2010 door de World Health Organisation (WHO) erkend als de vierde belangrijkste risicofactor voor niet-besmettelijke ziekten. De WHO heeft daarom beweegrichtlijnen opgesteld om mensen aan te sporen meer te bewegen. In de gezondheidsenquête van 2018 is er vastgesteld dat in België 28,8% van de bevolking deze richtlijnen niet behaalt en daardoor een gezondheidsrisico loopt (4).

Om deze inactiviteit te doen verminderen is er in Vlaanderen het project, “Bewegen op verwijzing” (BOV) geïntroduceerd. Hiermee kunnen huisartsen hun patiënten verwijzen naar een beweegcoach, welke met de patiënt beweegdoelen opstelt en kijkt hoe deze te behalen. De evaluatie van dit project schetst een positief beeld, maar het botst op een laag aantal verwijzingen door huisartsen. Ook in mijn opleidingspraktijk wordt het nog niet veel toegepast. In een masterproef van een medestudent is onderzocht welke barrières huisartsen tegenhouden om een verwijzing te maken (10). Met mijn masterproef wil ik hier graag op verdergaan en een project opstellen in mijn opleidingspraktijken om het aantal verwijzingen te doen toenemen.

Onderzoeksvraag

Hoe kan ik in mijn opleidingspraktijken de drempels om te verwijzen naar ‘Bewegen op verwijzing’ verlagen?

Methode

Dit kwaliteitsverbeterend project zal gebruik maken van een mixed methods aanpak.

Op basis van een reeds uitgevoerde literatuurstudie zal ik in mijn twee opleidingspraktijken door middel van een focusgroep nagaan hoe de huisartsen zelf denken over BOV en welke barrières ze zelf noemen. Hiervoor zal ik een semi-gestructureerde topiclijst gebruiken. Daarnaast ga ik een gestructureerde vragenlijst afnemen waarin de huisartsen kunnen scoren in welke mate de barrières die ik in de literatuur heb teruggevonden op hen van toepassing zijn. Op het einde van deze vragenlijst wordt er tevens gevraagd in welke mate ze BOV zullen gebruiken in de praktijk. (Script en vragenlijst in bijlage)

Op basis van deze resultaten zal ik samen met de collega’s een interventie ontwikkelen en implementeren in de praktijk om die barrières te doen verlagen. Na drie maanden zal er een gesprek zijn om de ervaringen te evalueren. Tevens zal er dan nagegaan worden hoeveel verwijzingen er waren in de laatste maand van deze periode om een evolutie vast te stellen. Tenslotte wordt de gestructureerde vragenlijst opnieuw afgenomen om te kijken hoe de barrières veranderd zijn en of ze het waarschijnlijker achten om BOV te gebruiken.

Enkele mogelijke interventies vindt u hier onder:

- Presentatie over het project met, bijvoorbeeld, educatie over de werking, de reeds behaalde resultaten of antwoorden op andere vragen.
- Invoeren van beeldmateriaal in de praktijk (folders, posters).
- Uitnodigen van een beweegcoach.
- Zichtbaarder maken van de verwijsbrief (link vastzetten in webbrowser, afdruk klaarleggen, invoegen in elektronisch medisch dossier)
- Reminders van het project uitsturen.

Aangezien de interventies zullen aansluiten op de vastgestelde barrières en de focusgroep, liggen deze nog niet volledig vast en kunnen ze bijgestuurd worden gedurende het project naargelang de feedback vanuit de praktijk.

Dit proces zal verlopen volgens de Plan-Do-Check-Act cyclus (PDCA-cyclus)

- De plan-fase bestaat uit het bevragen van de barrières met het opstellen van de interventies.
- De do-fase bestaat uit het uitvoeren van de interventies.
- De check-fase bestaat uit een evaluatie in de praktijk waarbij er gekeken wordt naar het aantal verwijzingen en de ervaring van de huisartsen.
- De act-fase bestaat uit het bijsturen van de interventies afhankelijk van de feedback door de huisartsen.

In mijn eerste opleidingspraktijk zal deze cyclus twee keer worden doorlopen waarbij er steeds drie maanden gaan over één cyclus. Bij iedere cyclus wordt er eerst een bevraging gedaan van de barrières en vervolgens worden op basis hiervan interventies ingevoerd.

In de tweede praktijk zal ik één zo'n cyclus doorlopen. Bij iedere cyclus worden de bevindingen van de vorige cycli meegenomen. Dit is extra leerrijk in deze setting omdat dit ons in staat stelt om na te gaan of de interventies die bij de ene praktijk toegepast zijn, een gelijkaardige evolutie teweeg zullen brengen bij de volgende.

Tussentijds zal er op beide praktijken op regelmatige tijdstippen worden nagevraagd hoe het loopt met het aantal verwijzingen en hoe de ervaringen zijn met de interventies. Op deze manier kunnen de interventies bijgestuurd worden en ontstaat er een evolutief proces dat ik zal proberen weergeven in deze masterproef.

Analyse

Voor de analyse wordt er gekeken naar twee soorten indicatoren

- Procesindicatoren: deze geven aan hoe het project zelf aan het lopen is.
- Resultaatindicatoren: deze geven aan wat de uiteindelijke invloed van het project op het functioneren is.

Gebruikte procesindicatoren

- Er wordt een vragenlijst afgenomen bij aanvang, en na iedere cyclus om na te gaan in welke mate bepaalde barrières een rol spelen. Dit geeft weer of de barrières afnemen na de interventies en of er nieuwe barrières naar boven komen. Per vraag wordt er voor elke cyclus een gemiddelde score berekend. Het veranderen van deze gemiddelden toont hoe de barrières evolueren doorheen het project.
- Tussentijdse evaluaties: er zal op regelmatige tijdstippen nagevraagd worden tijdens het reguliere praktijkoverleg hoe het aantal verwijzingen loopt en hoe de interventies lopen. Er zal worden gevraagd naar de ervaringen en de knelpunten. Dit geeft de mogelijkheid om bij te sturen waar mogelijk.

Gebruikte resultaatsindicator

- Het voornaamste eindpunt is het aantal verwijzingen naar BOV. Dit zal worden bekomen via het elektronisch medisch dossier. Dit cijfer zal worden geëxtraheerd voor de aanvang van de interventies en na iedere PDCA-cyclus van drie maanden. Aangezien dit over lage aantallen gaat en het slechts weinig artsen zijn in de praktijken, zullen er geen relevante statistische analyses kunnen gebeuren op deze cijfers. Ze zijn dan ook vooral indicatief om een evolutie aan te tonen op de eindpunten doorheen het project.
- Daarnaast wordt er ook gekeken naar wat de artsen antwoorden op de laatste vraag in de vragenlijst. Deze toetst in welke mate ze het waarschijnlijk achten dat ze BOV zullen gebruiken. Dit stelt ons in staat om na te gaan in welke mate de interventies het voorschijfgedrag beïnvloeden.

Rekrutering

Dit project zal plaatsvinden in mijn opleidingsraktijken. De proefpersonen zijn de huisartsen die werken in deze praktijken. In beide praktijken werken er zes huisartsen waaronder steeds twee HAIO's.

De focusgroep zal gebeuren in de praktijk tijdens de teamvergadering. De deelnemers aan deze interviews zijn huisartsen die in de praktijken werken. Ze zullen een informed consent krijgen waarin het onderzoeksopzet wordt uitgelegd. Indien ze akkoord zijn kan er verder gegaan worden met de interviews en vervolgens de interventies.

Onder de huisartsen is er een grote variatie in ervaring, wat ervoor zorgt dat de bevindingen van het project breed toepasbaar zullen zijn.

Er worden voor dit onderzoek geen patiënten gerekruteerd. Er wordt enkel nagegaan of er een verwijzing is gebeurd, niet of de patiënt effectief deelneemt aan BOV. Er nemen dus geen patiënten deel aan deze masterthesis.

De namen van de deelnemende artsen en praktijken zullen niet vermeld worden in de thesis om hun privacy te respecteren.

Gegevensverzameling

De focusgroep zal worden opgenomen door middel van een smartphone, welke met een code is beveiligd. Vervolgens zullen ze onmiddellijk op de computer van de onderzoeker gezet worden, welke beveiligd is met een wachtwoord. Er zal een transcriptie gebeuren van het audiobestand, waarbij de namen gepseudonymiseerd worden. Na het onderzoek zal het audiobestand verwijderd worden. Het transcript zal worden overhandigd aan de promotor voor bewaring gedurende 20 jaar.

Het aantal verwijzingen zal worden afgeleid uit het elektronisch medisch dossier. Hierbij wordt enkel nagegaan hoeveel verwijzingen er geweest zijn, er zullen geen andere patiëntgegevens opgeslagen worden.

De vragenlijsten zullen op papier worden overhandigd aan de artsen. Na het invullen worden de gegevens anoniem in een excel opgeslagen. Deze excel wordt na het onderzoek mee met de opnames overhandigd aan de promotor.

Tussentijdse feedback wordt neergeschreven en verwerkt in deze masterproef. Deze feedback zal worden gebruikt om de interventies bij te sturen naar de noden van de huisartsen.

Te verwachten is dat het aantal verwijzingen naar BOV zal toenemen. Het effect van BOV zelf is reeds aangetoond in de evaluaties van dit project (7).

Resultaten

Demografische gegevens

De gegevens die verzameld worden zijn de leeftijd en het geslacht van de artsen, het aantal jaren dat ze ervaring hebben als huisarts en of ze een aanvullende opleiding gevolgd hebben voor sportgeneeskunde.

Tabel 1: demografische gegevens

Aantal deelnemers	n
Gemiddelde leeftijd	x
Percentage mannen	x %
Gemiddeld aantal jaren ervaring	x
Percentage sportgeneeskunde	x

Focusgroep

De barrières die vastgesteld worden binnen de focusgroepen zullen worden weergegeven met quotes uit de interviews. Ook interessante ideeën over BOV en mogelijke faciliterende factoren zullen worden vermeld.

Vragenlijst

De scores op de barrières zullen per vragenmoment worden samengenomen om per vraag een gemiddelde weer te geven. Deze gemiddeldes worden in tabel twee weergegeven om een beeld te krijgen van de evolutie.

Interventies

De interventies die worden afgeleid uit de focusgroep en de vragenlijsten zullen hier worden beschreven. Materiaal dat gebruikt wordt (powerpoints, folders, …) zal in bijlage worden toegevoegd.

Aantal verwijzingen

Het aantal verwijzingen naar BOV dat uit het elektronisch medisch dossier wordt afgeleid zal hier worden weergegeven per fase van het project. Dit opnieuw om een evolutie in het project te kunnen weergeven met een evaluatie van de interventies. Deze cijfers worden eveneens samengevat in tabel 2.

Tabel 2: Vergelijking van barrières, voorschrijfgedrag en aantal verwijzingen doorheen het proces

	Praktijk 1			Praktijk 2	
	Start	Cyclus 1	Cyclus 2	Start	Cyclus 1
onvoldoende tijd					
niet vertrouwd met BOV					
onvoldoende kennis					
Complexe verwijsprocedure					
Onvoldoende veiligheid					
Gebrek aan materiaal					

Onvoldoende interesse patiënt					
Niet aan denken					
Te weinig richtlijnen					
Waarschijnlijkheid te verwijzen					
Aantal verwijzingen in de laatste maand					

Conclusie

Het doel van deze masterproef is dat de artsen beter vertrouwd geraken met BOV en het meer kunnen toepassen. Het is de bedoeling de barrières te doen dalen zodat artsen deze therapeutische en preventieve behandeloptie ten volle kunnen benutten. Zo wil ik de artsen een extra middel geven om hun sedentaire patiënten actiever te maken.

Ik verwacht met de interventies een toename te kunnen bereiken in het aantal verwijzingen naar BOV. Op deze manier hoop ik dat BOV optimaal geïntroduceerd geraakt in beide praktijken.

Indien deze hypothese bevestigd wordt, kan dit een vervolgonderzoek op grotere schaal inspireren om de effectieve interventies verder te onderzoeken en in heel Vlaanderen de huisartsen aan te moedigen om het project te gebruiken.

Door het volledige proces in de twee praktijken weer te geven en na te gaan hoe de interventies evolueren, kan deze masterproef mogelijk als blauwdruk gebruikt worden in andere praktijken waar men BOV beter wil implementeren of voor projecten en onderzoeken op grotere schaal.

Bijlage 7: Gunstig advies Ethisch comité

ETHISCH COMITE

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Prof. dr. Hilde Bastiaens

FAMPOP / UA

Dhr. Jonas Lysens de Oliveira e Silva-Van Acker

Project titel: huisartsen motiveren voor “bewegen op verwijzing”

Project ID 2021-1808 - BUN B3002021000251

Datum: 13/12/2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 13/12/2021

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

Document Type	File Name	Date	Version
Accompanying letter	Begeleidende brief_Jonas LDOES-VA	27/11/2021	2
Protocol	Protocol_Jonas LDOES-VA	27/11/2021	2
ICF	Informatie en informed consent_Jonas LDOES-VA	27/11/2021	2
Questionnaire	Script Focusgroep_Jonas LDOES-VA	27/11/2021	2
Questionnaire	Gestructureerde vragenlijst_Jonas LDOES-VA	27/11/2021	2
CV	Short CV_Hilde Bastiaens_2021	27/11/2021	2
GCP	GCP’s van de masterstudent_Jonas LDOES-VA	27/11/2021	2
CV	Jonas-Lysens-de-Oliveira-e-Silva-CV	27/11/2021	2
Insurance	Attest_BA_n_experimenten_2021	27/11/2021	2
GCP	GCP certificate Hilde Bastiaens_28nov21	28/11/2021	2

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt

- In de vragenlijst staat volgende typo: "ik het onvoldoende tijd" dient vervangen te worden door "ik heb onvoldoende tijd"
- De beheerder van de databank en de codetabel dient de PI (= prof. dr. H. Bastiaens) te zijn.

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

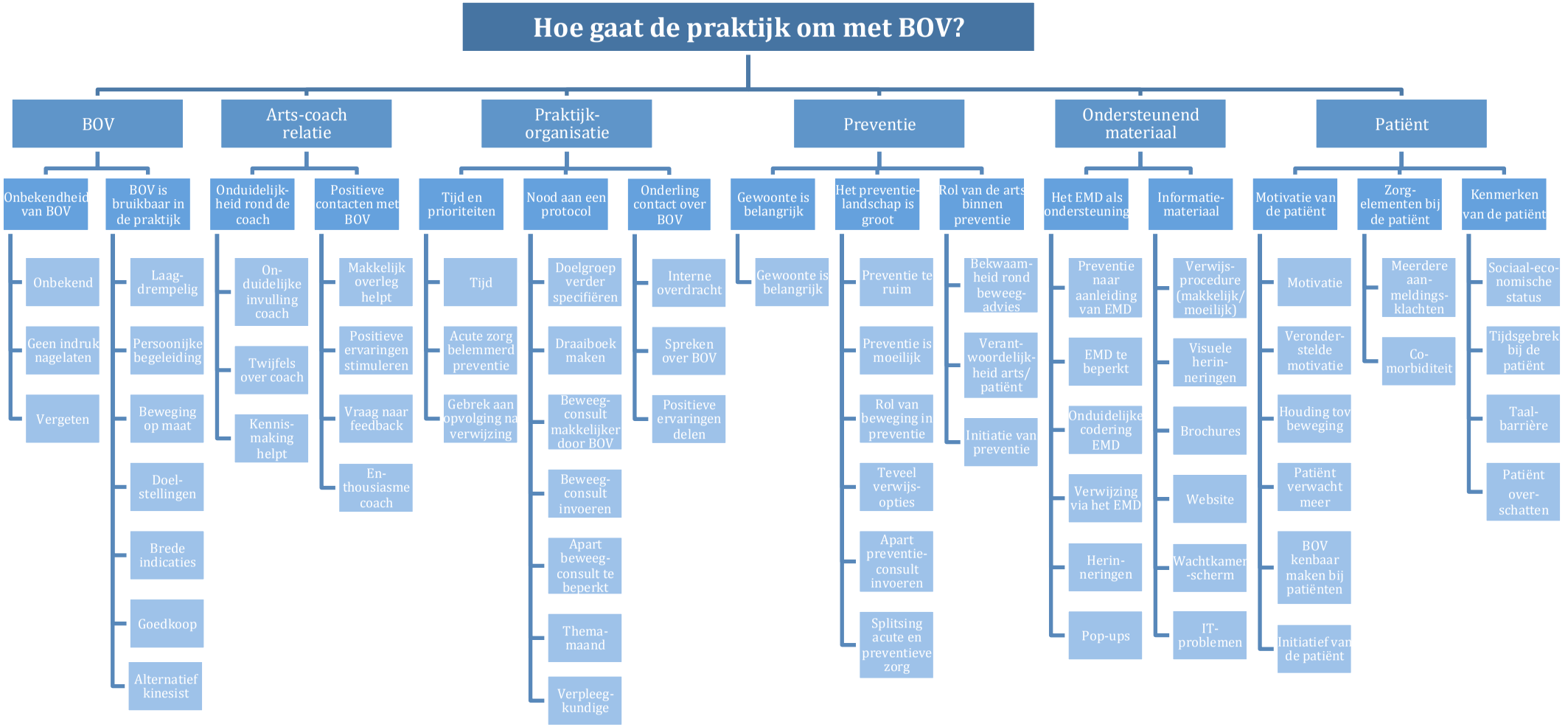
Elektronisch gevalideerd d.d. 13/12/2021

cc.

FAGG - Research & development departement, Victor Hortaplein 40 b40 - 1060 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Bettina Blaumeiser	Physicians
Emeritus Professor Hilde Bortier	MD, PhD
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physicians
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Ms Elyne Debaetselier	Nurse
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristina Granaas	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Ms Johanna Kwakkel-van Erp	Physicians
Dr Leon Luyten	Physicians
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physicians
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physicians
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physicians
Mr Filip Van den Eede	Physicians
Mr Pieter Van Dyck	Physicians
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Ms Griet Wyers	Pharmacist

Bijlage 8: Codeboom met codes



BOV = Bewegen op verwijzing; EMD = elektronisch medisch dossier