Ontwikkeling en evaluatie van een implementatieplan voor Bewegen Op Verwijzing

Astrid Claeys, KU Leuven

Liesbeth De Spiegeleer, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Mieke Vermandere, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

ABSTRACT

Context: Er bestaat intussen een overvloed aan bewijs dat lichaamsbeweging een belangrijke rol speelt bij zowel de preventie als de behandeling van verschillende aandoeningen. Toch is het zo dat de algemene bevolking nog steeds te weinig beweegt. Het project 'Bewegen Op Verwijzing' (BOV) wil hierop inspelen en heeft als doel om mensen duurzaam aan het bewegen te krijgen. De huisarts is momenteel de belangrijkste doorverwijzer naar het BOV-project. Ondanks de succesvolle resultaten en gerapporteerde gezondheidswinst, blijft het aantal verwijzingen door huisartsen relatief laag. In eerdere studies werden de belangrijkste drempels om te verwijzen reeds in kaart gebracht.

Onderzoeksvraag: Het huidige onderzoek heeft als doel na te gaan of huisartsen meer gestimuleerd kunnen worden om te verwijzen naar BOV. Dit door het invoeren van bepaalde interventies die inspelen op de gekende drempels tot verwijzing. De toegepaste interventies zijn: een huisartsgerichte campagnevideo, een praktijkvoorstelling van de beweegcoach, een informatiefolder, een beweegtool en een aangepaste verwijsbrief geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier (EMD).

Methode: Een gerandomiseerde klinische studie werd opgezet waarbij 19 huisartsen uit eerstelijnszone Brugge werden geïncludeerd. Deze werden vervolgens verdeeld in 2 subgroepen waarbij subgroep 1 enkel de campagnevideo als interventie kreeg, terwijl aan subgroep 2 alle interventies werden aangeboden. Als evaluatie van deze interventies werden naar elke subgroep een tussentijdse- en finale vragenlijst doorgestuurd.

Resultaten: Het gesprek met de beweegcoach en de geïntegreerde verwijsbrief kon de artsen stimuleren om meer te verwijzen. Ook de informatiefolder hielp om het BOV-project aan te halen tijdens consultaties. De meningen over de beweegtool waren eerder verdeeld en ook de campagnevideo kon het aantal verwijzingen weinig beïnvloeden. Als blijvende drempel tot verwijzing werd de beperkte patiëntmotivatie aangehaald. Patiënten overtuigen over het nut van beweging werd beschreven als intensief en tijdrovend waardoor dit vaak vermeden werd.

Conclusie: Deze studie toont aan dat een gesprek met de beweegcoach en een toegankelijkere verwijsbrief ondersteunend zijn bij het verwijzen naar BOV. Deze interventies op grotere schaal toepassen in toekomstig onderzoek zou helpend zijn om hun nut ten volle te kunnen evalueren. Daarnaast blijven er nog steeds drempels om te verwijzen. Ook hiervoor zullen in de toekomst aangepaste interventies dienen uitgerold te worden.

INHOUDSOPGAVE

- Abstract 3
- Introductie 5
- Methoden 7
- Resultaten 12
  - Resultaten tussentijdse evaluatie 12
  - Resultaten eindevaluatie 18
- Discussie 21
  - Samenvatting resultaten 21
  - Vergelijking literatuur 21
  - Sterktes en zwaktes 24
  - Implicaties 25
- Conclusie 27
- Referenties 28
- Annex 1: E-mail huisartsen 32
- Annex 2 : Tekst bij campagnevideo + toevoeging (cursief) 33
- Annex 3: Informatiefolder BOV voor patiënt 34
- Annex 4: Beweegtool 36
- Annex 5: Koppeling beweegtool aan ICPC2-codes 38
- Annex 6: Verwijsbrief 39
- Annex 7: Tussentijdse evaluatie subgroep 1 41
- Annex 8: Eindevaluatie subgroep 1 42
- Annex 9: Tussentijdse evaluatie subgroep 2 43
- Annex 10: Eindevaluatie subgroep 2 45
- Annex 11: Geïnformeerde toestemming 46
- Annex 12: Goedgekeurd protocol 50
- Annex 13: Gunstig advies Ethische Commissie 62
- Annex 14: Persoonlijke reflectie Astrid Claeys 64
- Annex 15: Persoonlijke reflectie Liesbeth De Spiegeleer 67

INTRODUCTIE

‘Every move counts’. Met deze uitspraak wil de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de aandacht vestigen op het belang van voldoende lichaamsbeweging(1). Er bestaat reeds overweldigend bewijs over de voordelige effecten hiervan in de preventie van verschillende lichamelijke en geestelijke aandoeningen(2). Zo heeft lichaamsbeweging een cruciale rol in het verminderen van het aantal hart- en vaatziektes, overgewicht, hoge bloeddruk, diabetes type 2, osteoporose, verschillende kankers, depressie, angst, etc.(3). Bovendien speelt lichaamsbeweging – naast preventie – ook een rol in de behandeling van verschillende chronische ziektes(4). Het verlaagt niet alleen de morbiditeit, maar ook de mortaliteit. Een tekort aan lichaamsbeweging is – naast hypertensie, roken en hoge bloedsuikerwaarden – één van de grootste risicofactoren voor vroegtijdige sterfte(5). Per jaar kunnen door voldoende beweging vijf miljoen sterfgevallen vermeden worden(1).

Ondanks de evidentie rond het nut van beweging, blijft de algemene bevolking weinig actief. Wereldwijd schat men dat één op vier volwassenen (27.5 %) en meer dan drie op vier adolescenten (81%) onvoldoende bewegen volgens de aanbevelingen van de ‘Global Recommendations on Physical Activity for Health’(6).

Het WHO adviseert voor volwassenen tussen 18 en 65 jaar ten minste 150 minuten per week matig intensief bewegen (vb. wandelen, trappen nemen, elektrisch fietsen,…), of ten minste 75 minuten per week sterk intensief bewegen (vb. fitness, joggen), of een combinatie van beide (6). Uit de Belgische ‘Physical Activity Factsheet’ van 2018 blijkt dat slechts 39% van de Belgische volwassen bevolking deze criteria bereikt. Bij kinderen en ouderen is dit percentage nog lager(7).

Vooral de maatschappelijk kwetsbare bevolking (d.i. mensen die moeilijk toegang vinden tot het reguliere beweeg- en sportaanbod) toont een duidelijk tekort aan lichaamsbeweging. De drempels tot bewegen zijn vaak financiële beperktheid, tijdgebrek (o.a. zorg voor het gezin), mentaal welbevinden, sociale relaties,… maar ook onwetendheid over het nut van beweging(8,9).

Om de actieve levensstijl van de maatschappelijk kwetsbaren te bevorderen ontstond in 2010 in Leuven het piloottraject ‘Bewegen Op Voorschrift’. Indien een arts vond dat een meer actieve levensstijl mogelijks mentale en/of fysieke gezondheidswinst kon opleveren, werd een voorschrift voor BOV opgemaakt en verwezen naar een beweegcoach. De coach deed vervolgens een oriënterend gesprek met de deelnemers, waarna een beweegplan op maat werd samengesteld. De deelnemers werden gedurende enkele maanden opgevolgd en bijgestuurd.

Gezien de positieve resultaten op subjectieve en mentale gezondheid en op de zelf gerapporteerde fysieke gezondheid, werd ‘Bewegen Op Voorschrift’ verder uitgebreid(9).
Het project – heden onder de naam ‘Bewegen Op Verwijzing’ (BOV) – is intussen verspreid over geheel Vlaanderen en wordt ondersteund door Vlaams Instituut Gezond Leven. Het doel blijft in grote lijnen hetzelfde: de hoofdzakelijk sedentaire mensen duurzaam aan het bewegen krijgen. Sedert 2017 kunnen huisartsen actief patiënten verwijzen naar een beweegcoach binnen het BOV-project. Deze beweegcoach zal dan een aangepast beweegplan opstellen voor de patiënt(10). Cijfers uit een recent evaluatierapport van BOV toonden aan dat op heden 57 % van de Brusselse en Vlaamse gemeenten een BOV-coach ter beschikking hebben. In 2019 werden over heel Vlaanderen 1972 online verwijsbrieven opgemaakt. Het aantal deelnemers is over de jaren gegroeid van 479 (in 2017) naar 2492 (in 2020)(11). Echter, ondanks de gezondheidswinst gerapporteerd door deelnemers van BOV, blijft het gemiddeld aantal doorverwijzingen van huisartsen naar een beweegcoach relatief laag(12).
In een eerdere studie van Liese De Smyter werden de barrières tot doorverwijzing aangekaart. Het belangrijkste struikelblok bij artsen om door te verwijzen is tijdgebrek. Enkele praktische aanpassingen zouden moeten doorgevoerd worden om verwijzing tijdbesparend te maken. Zo werden suggesties gedaan om de verwijsprocedure te vereenvoudigen en te integreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). Ook werd de beperkte kennis over het project bij zowel arts als patiënt aangekaart. Een hulp zou zijn om meer reclamecampagnes door te voeren rond het BOV-project, maar ook algemeen rond het nut van beweging. Verder zou het motiverend werken voor artsen wanneer coaches zich persoonlijk komen voorstellen of korte verslagen sturen om de samenwerking te stimuleren(13).
De doelstelling van deze studie is dan ook nagaan of huisartsen meer gestimuleerd kunnen worden om te verwijzen naar BOV door het invoeren van verschillende interventies. Deze zijn: een campagnevideo voor huisartsen, een persoonlijke voorstelling van de beweegcoach en een informatiefolder, beweegtool en aangepaste verwijsbrief geïmplementeerd in het EMD. Deze interventies willen inspelen op de eerder beschreven drempels tot verwijzen.

METHODEN

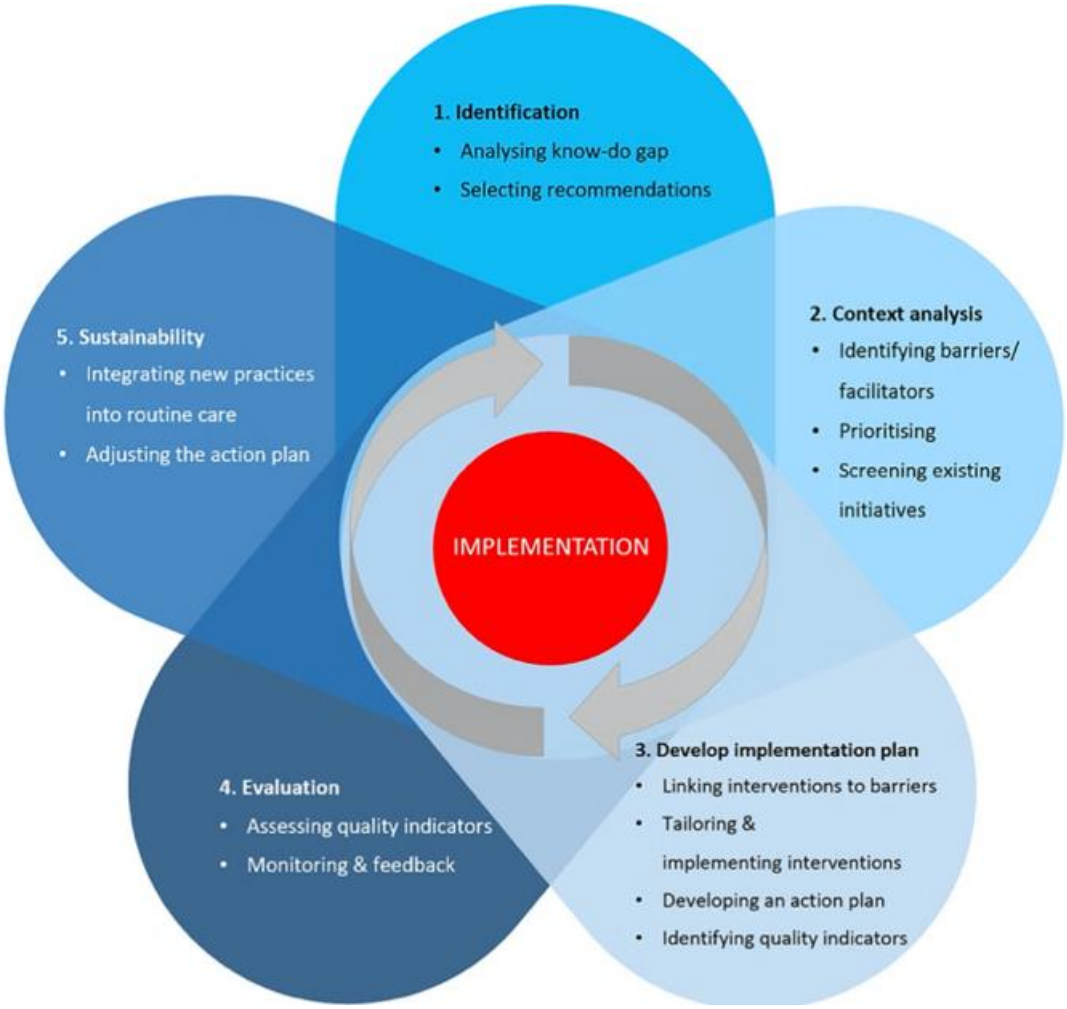
Als onderzoeksmethode werd gekozen voor een gerandomiseerde klinische studie, waarbij interventies werden gekoppeld aan de reeds gekende barrières voor verwijzing naar BOV.
Voor het rekruteren van huisartsen werd gefocust op de eerstelijnszone (ELZ) van Brugge. De huisartsen uit deze ELZ (n= 119) werden via e-mail gecontacteerd met de vraag om deel te nemen aan de studie (annex 1). Huisartsen die beschikten over het medisch dossier CareConnect werden na positieve respons geïncludeerd (n= 3). De vooropgestelde responsgraad was een twintigtal huisartsen. Twee weken na de initiële e-mail, werden de huisartsen uit ELZ Brugge telefonisch gecontacteerd met vraag tot deelname. Dit gebeurde in willekeurige volgorde. Uiteindelijk werden in totaal 19 huisartsen geïncludeerd. Deze huisartsen werden vervolgens in twee subgroepen verdeeld. Dit gebeurde via lottrekking waarbij elk oneven getrokken lot in subgroep 1 (n= 9) en elk even getrokken lot in subgroep 2 terecht kwam (n= 10). De groepsindeling werd per e-mail aan de deelnemende huisartsen bekend gemaakt.

Aan subgroep 1 werd één interventie aangeboden, terwijl aan subgroep 2 meerdere interventies werden aangereikt (cfr. Infra).

- Subgroep 1: campagnevideo
- Subgroep 2: campagnevideo, voorstelling beweegcoach, informatiefolder, beweegtool, verwijsbrief in EMD, persoonlijke voorstelling onderzoekers

Eén huisarts uit subgroep 2 werd hierna alsnog geëxcludeerd. Dit omdat de huisarts niet meer bereikbaar was na de e-mail rond groepsindeling.

Voor het opstellen van het implementatieplan werd beroep gedaan op de 5-stappen methode van Peters et al. (figuur 1)(14).



Figuur 1: 5-stappen methode van Peters et al.

<u>Stap 1 en 2: identificatie en context analyse</u>

Stap 1 en 2 werden uitgevoerd in eerdere masterthesissen van Vincent Jacobs(15) en Liese De Smyter(13). Hierbij werden drempels tot bewegingspromotie in kaart gebracht(15) en barrières tot BOV-verwijzing geïdentificeerd(13). (tabel 1)

<u>Stap 3: ontwikkelen van implementatieplan</u>

Deze studie gaat verder met stap 3, waarbij interventies werden gekoppeld aan de beschreven barrières uit eerdere masterthesissen. De selectie van barrières waarvoor een interventie werd opgesteld, gebeurde in samenspraak met BOV-coach Pieter Metsu en Luc Lipkens, coördinator van BOV. Hierbij speelde de praktische haalbaarheid een belangrijkste rol. Tabel 1 toont een overzicht van de geïncludeerde en geëxcludeerde barrières met telkens de gekoppelde interventie.

Barrières en drempelverlagende factoren tot doorverwijzing		
Geïncludeerde barrières		**Geëxcludeerde barrières**
Barrière	**Interventie**	**Barrière**
Onvoldoende kennis over BOV bij artsen + rol beweegcoach → coaches zich laten voorstellen	Campagnevideo BOV aanpassen Voorstelling beweegcoach	Onvoldoende intrinsieke overtuiging van belang beweging
Praktische aspecten BOV te weinig gekend	Campagnevideo Informatiefolder	Te weinig algemene campagnes over belang beweging
Project moeilijk in te plannen in consultvoering, tijdrovend → specifiek verwijsprofiel opstellen	Beweegtool BOV ontwerpen + implementeren in consultaties	Meer sturing van het project van bovenaf nodig
Onduidelijke indicaties en contra-indicaties voor BOV	Beweegtool BOV met vermelding indicaties en contra-indicaties	Andere beroepsgroepen laten verwijzen
Omslachtige, tijdrovende verwijsprocedure	Gestructureerde verwijsbrief in EMD	Weinig beschikbaarheid van coaches buiten werkuren
		Kosten van het project → gratis maken
		Indien arts meer beweegt, kan dit patiënt stimuleren
		Gemakkelijker om te implementeren bij jonge huisartsen, meer flexibiliteit, nog minder routine
		Bij drukte in praktijk verdwijnt preventie op achtergrond, tijdgebrek
		Praktijkverpleegkundige is meerwaarde voor uitleg BOV
		Vaak wisselende coaches in regio, soms moeilijke bereikbaarheid
		Huisartsen denken niet aan BOV → regelmatige herinnering

Tabel 1: barrières en drempelverlagende factoren tot verwijzing

Campagnevideo

De huidige campagnevideo van Gezond Leven voor huisartsen (februari 2021) werd in samenspraak met de coördinator van BOV aangepast. De nieuwe video gaf meer informatie over de functie van de beweegcoach, kostprijs per sessie en verduidelijkte ook hoe de communicatie tussen arts en beweegcoach verloopt (annex 2). Deze aangepaste campagnevideo werd vervolgens via e-mail bezorgd aan alle deelnemende huisartsen.

De hieronder vernoemde interventies werden enkel aangeboden aan de 9 huisartsen van subgroep 2. Subgroep 1 kreeg enkel de aangepaste campagnevideo als interventie.

Voorstelling beweegcoach

Per regio werd de lokale beweegcoach telefonisch gecontacteerd met uitleg over het doel van deze studie. Vervolgens werd deze beweegcoach gestimuleerd zichzelf naar de deelnemende huisartsen te richten en zich persoonlijk te gaan voorstellen. Dit werd uitgevoerd tussen de start van de studie en het eerste tussentijds evaluatiemoment.

Informatiefolder

De meest recente informatiefolder van BOV 'Wil ook jij meer bewegen?' (annex 3) werd toegevoegd aan de bibliotheek van CareConnect en gekoppeld aan een lijst met ICPC2-codes (annex 5). Ook papieren versies werden ter beschikking gesteld. Dit met als doel om eenvoudig praktische informatie te kunnen meegeven met de patiënt.

Beweegtool 'beweging in het dagelijks leven'

Er werd een beweegtool opgemaakt waarmee kon worden getoetst naar de mate van beweging van patiënten (annex 4). Deze tool werd gebaseerd op de aanbevelingen van de WHO omtrent beweging(6). Verdere informatie voor het opstellen hiervan werd gehaald uit de website 'Gezond Leven'(16). Er werd gevraagd aan de deelnemende artsen deze tool te gebruiken wanneer patiënten consulteerden voor levensstijladvies, jaarlijkse bloedafname of jaarlijkse controle. Zo werd vragen naar beweging geïntegreerd in de routine van dagelijkse consultvoering.

Deze tool werd – net als de informatiefolder – toegevoegd aan de bibliotheek van CareConnect en gekoppeld aan een lijst met ICPC2-codes (annex 5). Hierdoor kon de beweegtool vlot worden geraadpleegd tijdens consultvoering.

Gestructureerde verwijsbrief in EMD

Er werd een nieuwe, gestructureerde verwijsbrief via een standaard sjabloon opgesteld en geïntegreerd in CareConnect bij de deelnemende huisartsen (annex 6).

Project voorstellen in de huisartsenpraktijk

De onderzoekers bezochten de huisartsenpraktijk van de deelnemende huisartsen van subgroep 2 en gingen de studie persoonlijk toelichten. De informatiefolder, beweegtool en verwijsbrief werden in bijzijn van de deelnemende huisartsen in CareConnect geïmplementeerd. De onderzoekers vroegen dat alle openstaande patiëntendossiers gesloten werden, zodat zij in geen geval persoonlijke gegevens van patiënten te zien kregen tijdens de implementatie van de folder, tool en verwijsbrief.

Follow-up vragenlijsten

Naar de deelnemende huisartsen werden twee vragenlijsten verstuurd om de toegepaste interventies te evalueren: een tussentijdse vragenlijst en een eindevaluatie.

- Subgroep 1: tussentijdse evaluatie (annex 7), eindevaluatie (annex 8)

- Subgroep 2: tussentijdse evaluatie (annex 9), eindevaluatie (annex 10)

In deze vragenlijsten werden zowel gesloten als open vragen gesteld. Voor de gesloten vragen werd gebruik gemaakt van een Likert schaal om ordinale data te verzamelen.
De vragenlijsten werden opgemaakt via het enquêteringsplatform Qualtrics. De link naar de vragenlijsten werd samen met een unieke code voor elke huisarts doorgestuurd via e-mail. In het begin van elke vragenlijst werd gevraagd om deze unieke code in te vullen. Alle ingevulde vragenlijsten werden bewaard op een beveiligde laptop. Het bestand waarin de unieke codes aan de respectievelijke huisartsen werden toegewezen, werd bewaard op een andere laptop, beveiligd met een sterk wachtwoord.
Op het einde van deze masterproef werden alle bestanden, namelijk de ingevulde vragenlijsten en het bestand met de codes, aan de promotor bezorgd. Deze zal de bestanden veilig bewaren gedurende 10 jaar, zoals vooropgesteld in de richtlijnen van de KU Leuven.

Analyse

Na het invullen van de digitale vragenlijsten werden de gegevens verzameld en statistisch verwerkt via de SPSS-software. Voor de analyse van de ordinale data werd gebruik gemaakt van de beschrijvende functies uit SPSS. De frequentieverdeling van de verschillende antwoorden werd gevisualiseerd via staafdiagrammen. Hierbij kwamen de categorieën (oneens – neutraal – eens) per vraag op de x-as en de frequenties op de y-as. Dit voor beide subgroepen.
De antwoorden op de open vragen werden door beide onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd. Er werd gezocht naar terugkerende thema's in de antwoorden van de huisartsen. Beide onderzoekers legden vervolgens hun analyse samen en hebben deze vergeleken.

RESULTATEN

Resultaten tussentijdse evaluatie

1. Responsgraad vragenlijst

De eerste vragenlijsten werden in juni 2022 naar de deelnemende artsen verstuurd. In beide subgroepen waren dit 9 artsen. In subgroep 1 – die als interventie enkel de campagnevideo doorgestuurd kreeg – beantwoordden alle 9 artsen de vragenlijst. In subgroep 2 – die alle interventies ter beschikking kreeg – beantwoordden eveneens alle 9 artsen de eerste vragenlijst.

2. Leeftijdsverdeling

In subgroep 1 waren 4 van de 9 artsen jonger dan 40 jaar. In subgroep 2 waren dit 8 van de 9 artsen.

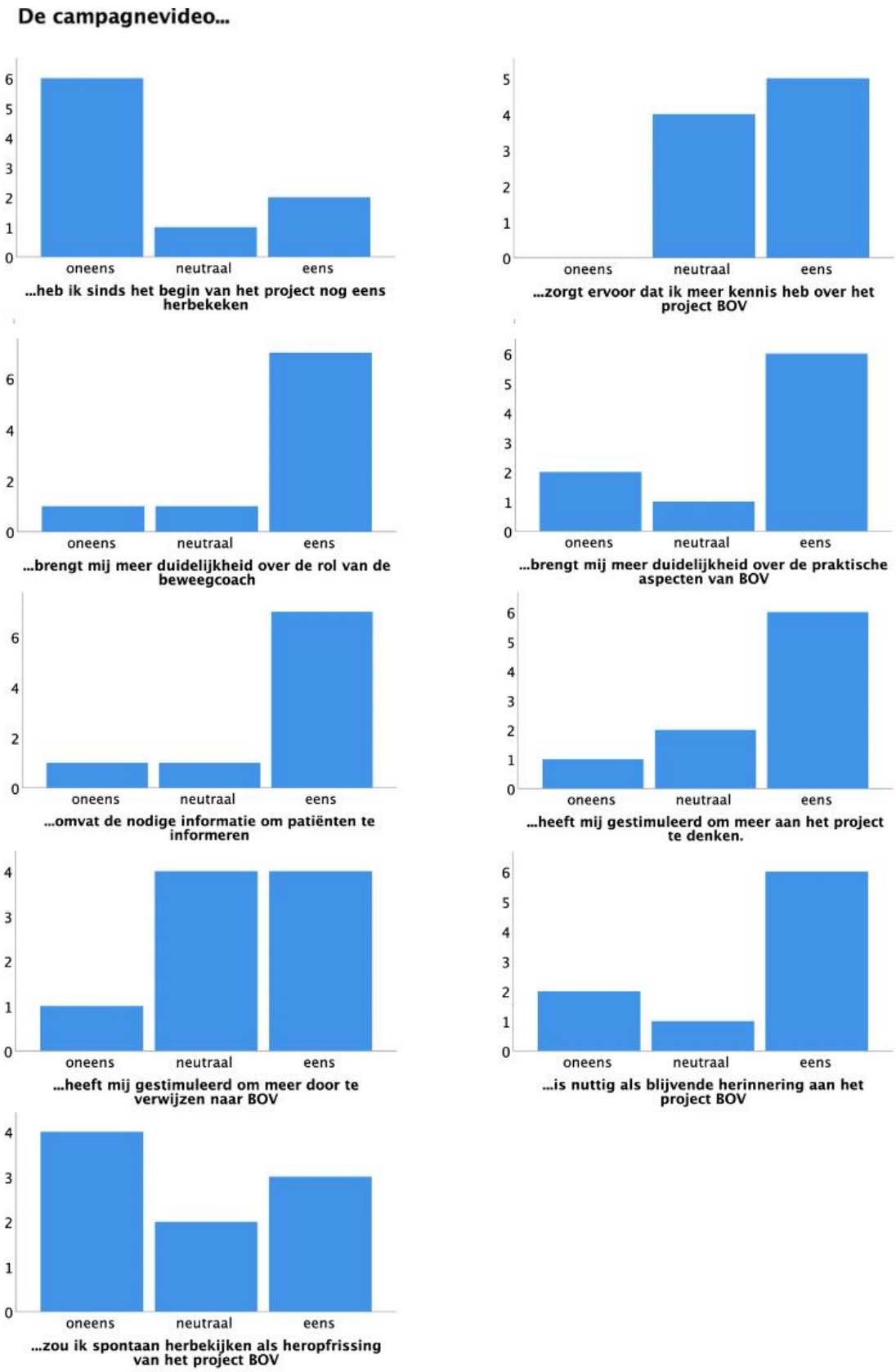
3. Doorverwijzing naar BOV voor en tijdens de studie

Vijf van de 9 artsen in subgroep 1 hadden in het verleden reeds doorverwezen naar BOV. Na het bekijken van de campagnevideo hebben 2 van deze 9 artsen meer verwezen naar BOV. Bij de andere artsen uit deze subgroep heeft de campagnevideo het verwijsgedrag niet beïnvloed.
In subgroep 2 hadden 7 van de 9 artsen voor de start van de studie al eens doorverwezen naar BOV. Na het invoeren van alle interventies hebben 6 artsen uiteindelijk meer verwezen dan voorheen. Bij de 3 overige artsen bleef het verwijsgedrag onveranderd.

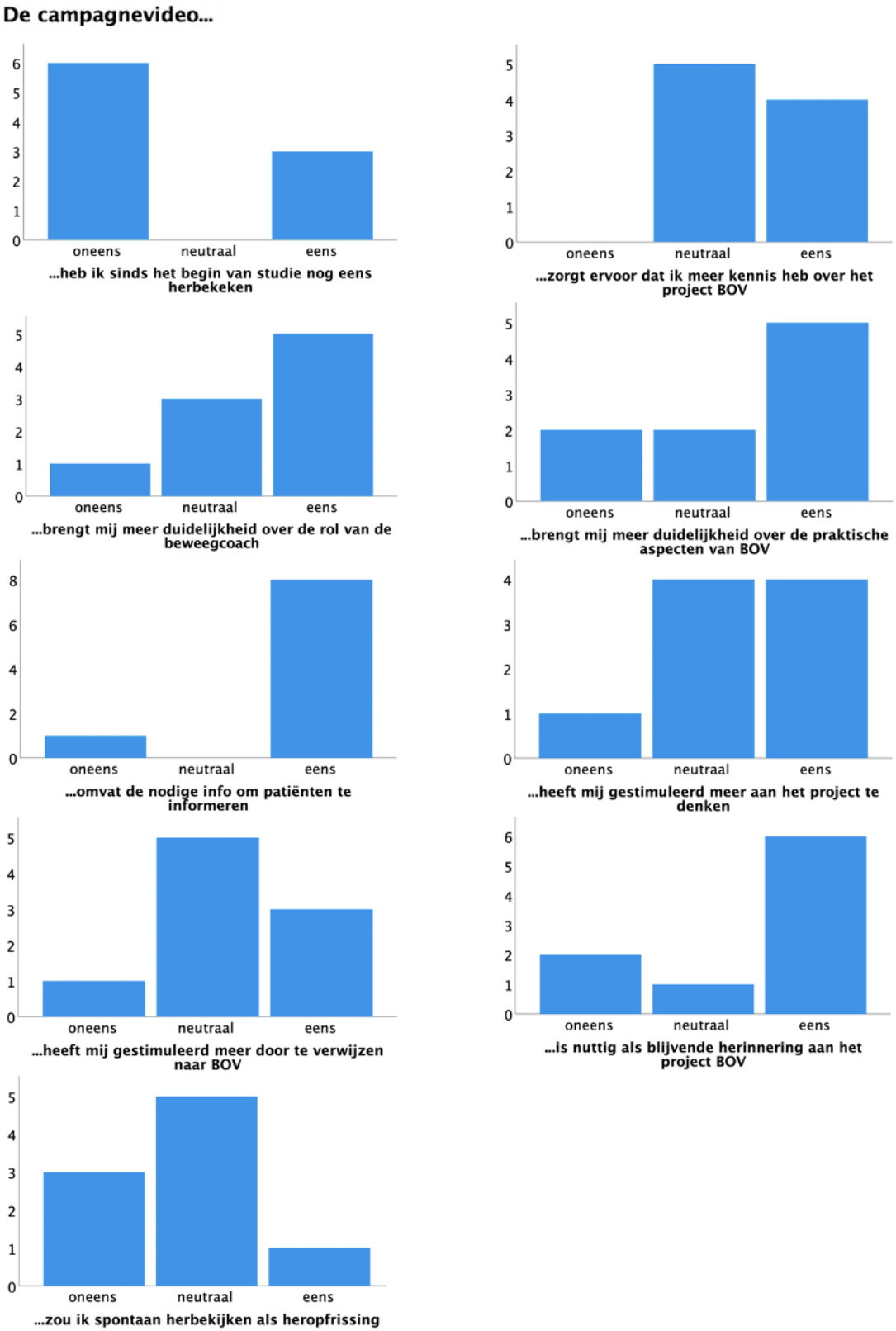
4. Meningen over de toegepaste interventies

- Campagnevideo

  Subgroep 1 kreeg als enige interventie de campagnevideo ter beschikking. Figuur 1 geeft de resultaten weer van de bevraging over de campagnevideo in deze subgroep. In figuur 2 worden de resultaten weergegeven van de bevraging over de campagnevideo in subgroep 2.



Figuur 1: resultaten campagnevideo subgroep 1



Figuur 2: resultaten campagnevideo subgroep 2

In beide subgroepen werd gevraagd naar de positieve aspecten van de campagnevideo en de adviezen tot verbetering.

- Positieve aspecten

  In subgroep 1 vonden de artsen de campagnevideo voldoende kort, duidelijk, schematisch, eenvoudig, algemeen en 'to the point'. Ook subgroep 2 beschreef de campagnevideo als voldoende kort, duidelijk en praktisch.

- Voorgestelde verbeterpunten

  In subgroep 1 vroeg een arts om in de campagnevideo duidelijker weer te geven hoe men moet verwijzen naar BOV. Een andere arts stelde voor beter weer te geven welke formulieren moeten ingevuld worden om te verwijzen. Een derde arts stelde voor een overzicht te geven waar de lokale beweegcoaches te vinden zijn. Verder gaf één arts aan graag te willen weten hoe de beweegcoach met de huisarts overlegt. In subgroep 2 werden door 2 artsen verbeterpunten voorgesteld. Voor één arts was de doelgroep van BOV niet voldoende duidelijk. Een andere arts vond dat het beweeglandschap te nauw werd voorgesteld.

De volgende interventies werden enkel aan subgroep 2 (n= 9) aangeboden.

- <u>Bezoek van de beweegcoach</u>

  Over het bezoek van de beweegcoach waren alle artsen positief. De 9 artsen gaven aan dat het bezoek hen motiveerde om meer te verwijzen en hen meer duidelijkheid bracht over het project BOV en de rol van de beweegcoach.

  - Positieve aspecten

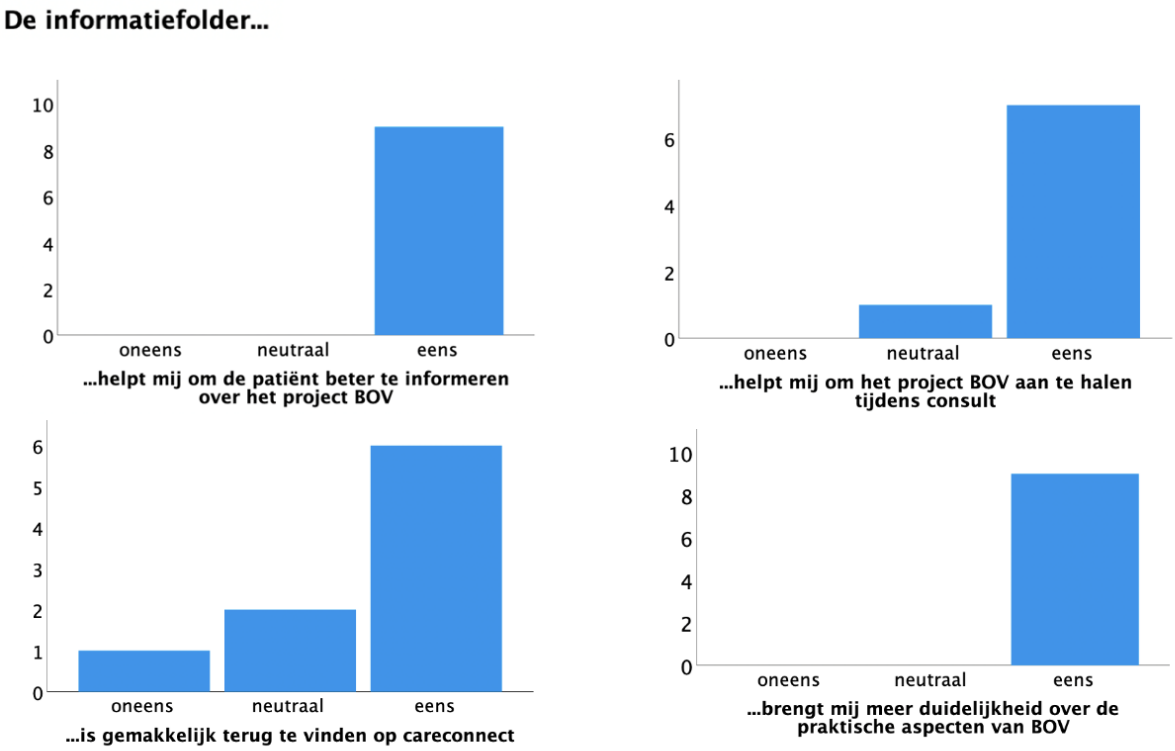
    Het persoonlijk contact met de lokale beweegcoach werd door iedereen als zinvol beschouwd. Men leert de coach en zijn/haar persoonlijke aanpak kennen. Twee artsen beschreven dat ze op deze manier ook meer duidelijkheid kregen over de verwijsindicaties.

  - Voorgestelde verbeterpunten

    Er werden geen verbeterpunten meegegeven.

- <u>Informatiefolder in EMD</u>

  Figuur 3 toont de resultaten van het implementeren van de informatiefolder in het medisch dossier.



Figuur 3: resultaten van informatiefolder in Careconnect

- Positieve aspecten

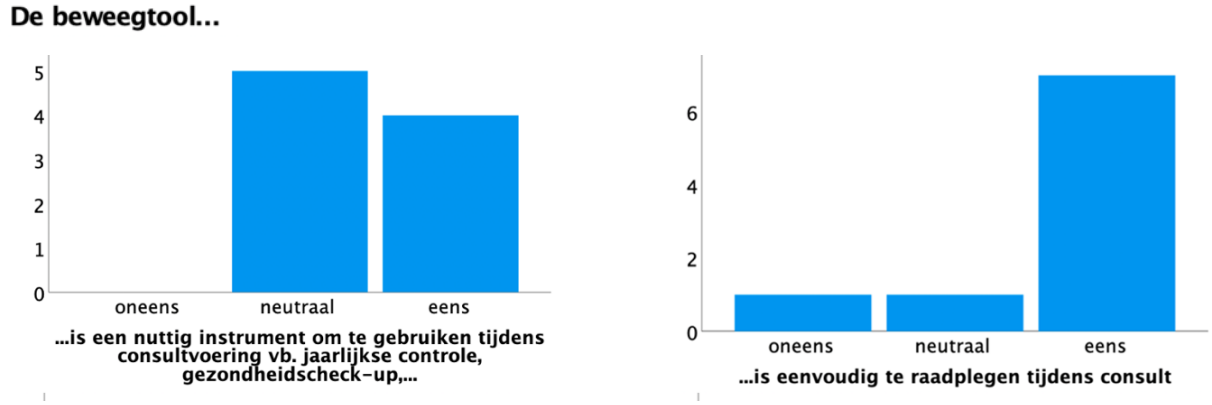
  Dit werd gezien als overzichtelijk, volledig en eenvoudig terug te vinden in CareConnect.

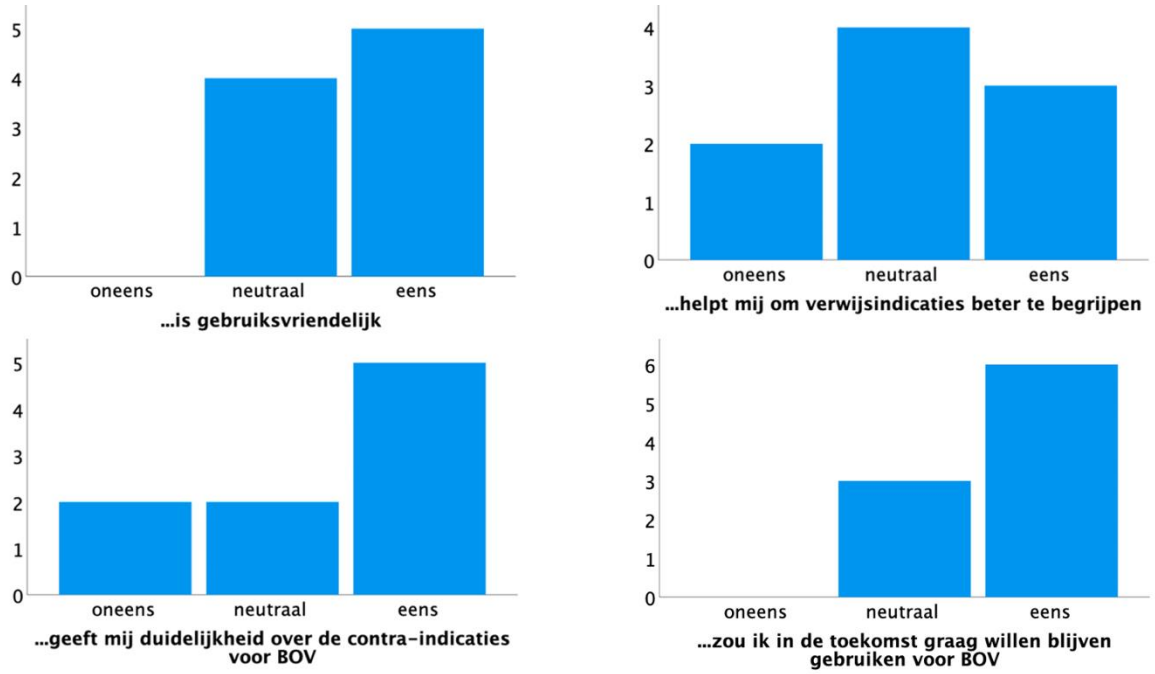
- Voorgestelde verbeterpunten

  Ook hier werden geen verbeterpunten genoteerd.

- <u>Beweegtool in EMD</u>

Onderstaande figuur toont de resultaten van de bevraging rond het implementeren van een beweegtool in het medisch dossier als hulp bij het doorverwijzen.





Figuur 4: resultaten van beweegtool in EMD

- Positieve aspecten

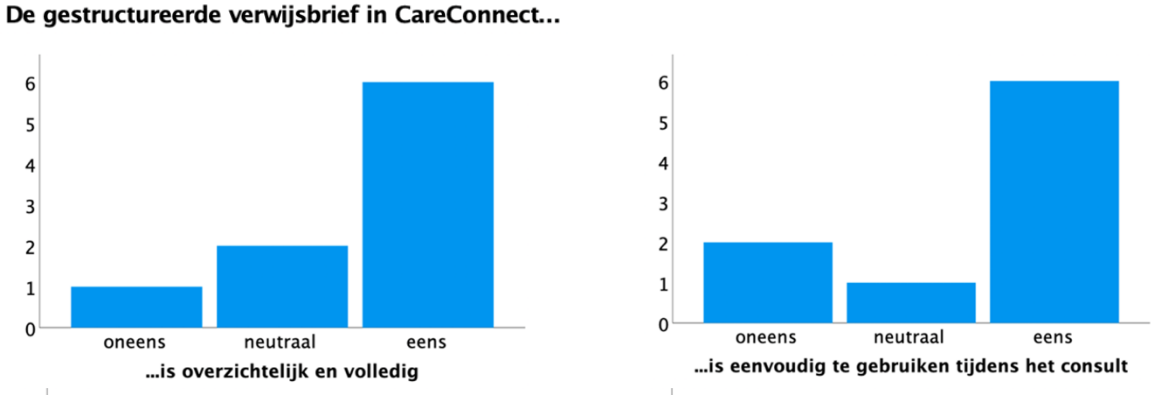
  Overzichtelijk, schematisch en eenvoudig terug te vinden in Careconnect. Twee artsen gaven aan dat de tool hielp bij de indicatiestelling om te verwijzen.

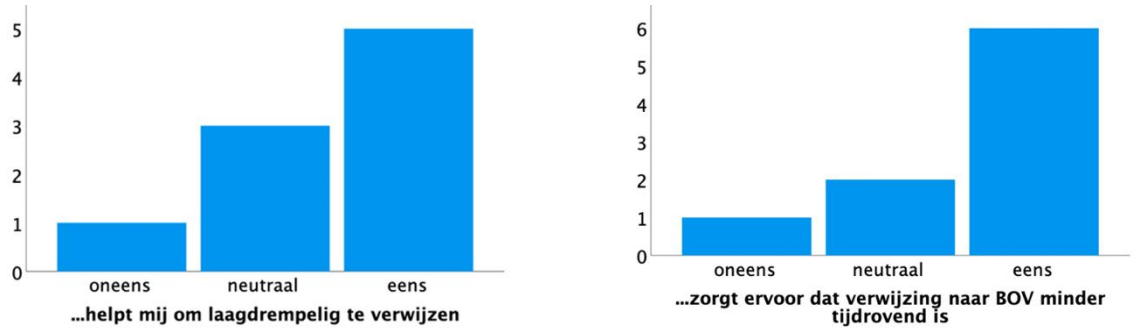
- Voorgestelde verbeterpunten

  Eén arts stelt de haalbaarheid tot gebruik van deze tool in vraag, aangezien dit de zoveelste tool is om te gebruiken tijdens een preventieconsult. Een andere arts stelt voor de 150 minuten bewegen te veranderen naar 5 maal 30 minuten per week bewegen, zodat dit voor patiënten gemakkelijker te bevatten is.

- <u>Gestructureerde verwijsbrief in EMD</u>

  Figuur 5 geeft de antwoorden weer van de bevraging rond het implementeren van een aangepaste verwijsbrief in het medisch dossier.





Figuur 5: resultaten van gestructureerde verwijsbrief in Careconnect

- Positieve aspecten

  'Nuttige interventie', verder werd hier geen uitleg gegeven.

- Voorgestelde verbeterpunten

  Twee artsen gaven aan dat de lay-out van de verwijsbrief na uitprinten onoverzichtelijk was en hierdoor niet bruikbaar in de praktijk.

5. Resultaten van de open vragen aan het einde van de tussentijdse evaluatie van subgroep 2: algemene evaluatie van de uitgevoerde interventie

Alle artsen gaven aan het gesprek met de lokale beweegcoach nuttig te vinden. Zo leerden de huisartsen hun lokale beweegcoach kennen en kregen ze rechtstreeks meer uitleg over BOV. Voor één arts werd deze interventie als de enige nuttige interventie gezien.

Twee artsen vonden het gemakkelijk om de beweegtool en de folder gekoppeld te hebben in CareConnect, zodat ze deze snel konden terugvinden tijdens hun consultatie.

Vier artsen werden gestimuleerd meer te verwijzen naar BOV omdat de verwijsbrief gemakkelijk op te stellen was via CareConnect.

Resultaten eindevaluatie

1. Responsgraad vragenlijst

Vier maanden na de eerste vragenlijst werd een afsluitende vragenlijst naar de artsen verstuurd. In subgroep 1 beantwoordden 7 van de 9 artsen deze vragenlijst, in subgroep 2 beantwoordden alle 9 artsen de vragenlijsten.

2. Doorverwijzing naar BOV

In subgroep 1 (n= 7) werd in de tweede helft van de studieperiode door 4 artsen evenveel verwezen als in de eerste helft. Twee artsen verwezen minder en 1 arts verwees meer. In

subgroep 2 (n= 9) hebben 5 artsen meer verwezen dan in de eerste helft van de studieperiode. Twee artsen verwezen evenveel en 2 artsen verwezen minder.

3. Drempels tot verwijzing naar BOV

Verschillende artsen gaven aan dat de beperkte motivatie van de patiënt vaak de grootste drempel is. Patiënten zijn moeilijk te motiveren om professioneel beweegadvies te aanvaarden. Daarnaast benadrukte een arts dat de kostprijs voor sommige patiënten te hoog blijft. Deze financiële drempel weerhoudt deze huisarts dan ook om patiënten te verwijzen.

Twee artsen gaven aan dat ze zelf niet genoeg aan BOV denken tijdens een consultatie. Ook tijdgebrek tijdens de consultaties werd gezien als een belangrijke drempel, ondanks het proberen faciliteren van verwijzing met deze interventies. Eén arts uit subgroep 1 haalde aan dat er geen doorverwijsmogelijkheden lijken te zijn in de buurt.

4. Zaken die de drempel tot doorverwijzing verder kunnen verlagen

Enkele artsen uit subgroep 1 – die enkel de campagnevideo als interventie kregen – gaven aan dat een gesprek met een beweegcoach de drempel tot verwijzing kan verlagen. Verder raadden de artsen ook aan een gemakkelijk toegankelijke lijst met lokale beweegcoaches ter beschikking te stellen. In subgroep 2 waren 4 artsen van mening dat de algemene bekendheid van het BOV-project vergroot moet worden. Een arts adviseerde om bijvoorbeeld via televisie campagne te voeren. Een andere arts stelde voor om via een praktijkverpleegkundige meer patiënten te informeren. Ook als er een beweegcoach zou aanwezig zijn in een multidisciplinaire praktijk, zou dit de drempel tot verwijzen kunnen verlagen.

Onderstaande open vragen werden enkel gesteld in subgroep 2. Deze groep kreeg alle interventies ter beschikking (campagnevideo, bezoek beweegcoach, informatiefolder, beweegtool, verwijsbrief).

5. Interventies die hulp boden om meer naar BOV te verwijzen

Zeven artsen gaven aan dat het persoonlijke gesprek met de beweegcoach hen motiveerde om meer te verwijzen naar BOV. Vier artsen vonden de verwijsbrief geïntegreerd in CareConnect nuttig. Verder werd de informatiefolder door 3 artsen gebruikt bij verwijzing naar BOV. Eén arts gaf aan de beweegtool nuttig te vinden en één arts gaf aan de campagnevideo te gebruiken bij verwijzing.

6. Gebruiksvriendelijkheid van de toegepaste interventies

Alle artsen vonden de toegepaste interventies over het algemeen gebruiksvriendelijk. Ze vonden het handig om met één klik de informatiefolder en beweegtool te kunnen terugvinden in CareConnect. Ook het feit dat de verwijsbrief snel via CareConnect kan worden aangemaakt werd als nuttig ervaren. Een arts gaf aan dat de lay-out van de verwijsbrief na uitprinten niet in orde was, waardoor de verwijsbrief niet bruikbaar was.

7. Interventies die de artsen in de toekomst nog zouden willen gebruiken

Acht artsen gaven aan de geïntegreerde verwijsbrief in het CareConnect nog verder te willen gebruiken. De meeste artsen gebruiken graag de folder om deze te kunnen meegeven met patiënten. Twee artsen wensen in de toekomst de beweegtool verder te gebruiken.

8. Blijvende drempels tot verwijzing naar BOV

Vele artsen gaven aan dat de grootste drempel tot verwijzing bij de patiënten ligt. Deze zijn moeilijk te motiveren om professioneel beweegadvies te aanvaarden. Ook de kostprijs zorgt ervoor dat sommige patiënten niet geneigd zijn om zich tot een beweegcoach te wenden. Verder gaven twee artsen aan dat ze zelf niet genoeg aan BOV denken tijdens een consultatie. Eén arts haalde aan dat tijdgebrek tijdens consultaties zorgt voor minder verwijzingen.

9. Voorgestelde ideeën om de drempel tot verwijzing in de toekomst nog lager te maken

Vier artsen waren van mening dat de algemene bekendheid van het BOV vergroot moet worden. Een arts adviseerde om bijvoorbeeld via televisie reclame te maken over het BOV-project. Een andere arts stelde voor om via een praktijkverpleegkundige meer patiënten te informeren over BOV. Ook als er een beweegcoach zou aanwezig zijn in een multidisciplinaire praktijk, zou dit de drempel tot verwijzen verlagen. Eén arts benadrukte dat er nog steeds een financiële drempel is voor sommige patiënten, wat hen weerhoudt om te verwijzen.

DISCUSSIE

Samenvatting resultaten

Bij een evaluatie van de verschillende interventies viel het meteen op dat de praktijkvoorstelling van de beweegcoach voor alle artsen als meest zinvol werd ervaren. Het persoonlijk contact en de rechtstreekse uitleg over 'Bewegen op Verwijzing' kon de artsen motiveren om meer te verwijzen. Ook de vernieuwde verwijsprocedure werd positief onthaald. De administratieve vereenvoudiging door deze aangepaste verwijsbrief te integreren in de eigen software bespaarde kostbare tijd tijdens het consult. Daarnaast hielp de informatiefolder om BOV aan te halen tijdens consultaties. Ook deze werd geïntegreerd in de huisartsensoftware, waardoor deze gemakkelijk te raadplegen was. Over de meerwaarde van de beweegtool zijn de meningen verdeeld. Hierbij werd vooral de bruikbaarheid 'als zoveelste tool tijdens een preventieconsult' in vraag gesteld. Het valt daarnaast ook op dat de campagnevideo het verwijsgedrag van de artsen niet positief heeft beïnvloed. Ondanks dat de video omschreven werd als 'voldoende kort en bondig', hebben 12 van de 18 artsen de campagnevideo niet meer herbekeken tijdens het verloop van de studie en gaven slechts 4 artsen aan deze video spontaan te zullen herbekijken als heropfrissing aan BOV.

Samengevat benadrukten de artsen vooral het nut van het persoonlijk gesprek met de beweegcoach, de informatiefolder en de geïntegreerde verwijsbrief in het EMD. De beweegtool en campagnevideo hadden een minder grote invloed op het verwijsgedrag van artsen.

Bij de vraag naar blijvende drempels om te verwijzen, gaven artsen het gebrek aan motivatie bij patiënten aan. Patiënten overtuigen over het nut van beweging blijft intensief en tijdrovend. Ook de beperkte financiële toegankelijkheid werd als drempel genoemd.

Vergelijking literatuur

Er zijn nog geen vergelijkbare studies verschenen waarbij interventies worden toegepast om het verwijzen naar BOV te stimuleren. Doorheen de jaren werd de verwijsprocedure wel versoepeld. Dit naar aanleiding van een BOV-evaluatierapport van 2018(17), waarin de officiële online verwijsbrief als 'te omslachtig' werd omschreven en een drempel was om te verwijzen. Als reactie hierop verscheen een papieren alternatief(17). Ook kaartte men in dit rapport de beperkte bekendheid van BOV bij de huisarts en bij de algemene bevolking aan(17). In maart 2019 werd als reactie hierop een Vlaamse communicatiecampagne uitgerold.

Beweegcoaches gingen o.a. langs in de huisartspraktijken om zich persoonlijk voor te stellen en gaven de artsen een ‘doorverwijsbox’(18). Deze communicatiecampagne richtte zich ook naar de algemene bevolking, wat buiten het bestek van deze studie valt. Het resultaat op het aantal verwijzingen na introductie van bovengenoemde interventies werd niet verder individueel geëvalueerd.

Wel zijn er algemene cijfers beschikbaar van het aantal deelnemers aan BOV doorheen de jaren. Er is een positieve trend in het aantal deelnemers in 2019 in vergelijking met 2018 (respectievelijk 9655 i.v.m. 5188). Dit kwam er na de versoepeling van de verwijsprocedure en de hierboven beschreven communicatiecampagne. In 2020 daalde het deelnemersaantal, waarschijnlijk door een grote impact van de Covid pandemie(19). Eén jaar later steeg het aantal opnieuw tot 10 406 deelnemers(20). In 2021-2022 liep een pilootproject in regio Brugge waarbij ook paramedici (o.a. apothekers, kinesisten, psychologen, diëtisten) konden verwijzen naar BOV.

Van de lokale beweegcoach Pieter Metsu – die als BOV-coach deelnam aan onze studie – verkregen we de cijfers van het aantal deelnemers die effectief naar de beweegcoach gingen. Dit gaat specifiek om deelnemers die verwezen werden door huisartsen die ook deelnamen aan deze studie. Zo vernamen we dat de 9 huisartsen uit subgroep 2 in 2019 in totaal 5 keer verwezen, in 2020 slechts 2 keer, één keer in 2021 en 23 keer in 2022. Opvallend hierbij is dat één van de deelnemende artsen dat laatste jaar 11 patiënten van een voorziening voor mensen met een beperking verwees naar de beweegcoach.

Wanneer we vervolgens een vergelijkend literatuuronderzoek doen van de toegepaste interventies in deze studie kunnen we verschillende besluiten trekken. In de eerste plaats wordt ook in verschillende andere studies bevestigd dat het persoonlijk contact tussen huisartsen en andere zorgverleners – zoals in onze studie tussen huisarts en beweegcoach – het aantal verwijzingen naar deze zorgverleners vergroot(21–25). In de tweede plaats vinden we een verhoging van het aantal deelnemers na versoepeling van de BOV-verwijsprocedure en na het verschijnen van het BOV-evaluatierapport in 2018(17). Het is weliswaar niet duidelijk in welke mate de aanpassing van de verwijsprocedure het toenemend aantal deelnemers positief heeft beïnvloed gezien er meerdere interventies werden toegepast datzelfde jaar(17). In de derde plaats wordt in andere studies bevestigd dat informatiefolders voor gezondheidseducatie over het algemeen effectief zijn, maar hun effect kan vergroten in combinatie met o.a.

videocampagnes, posters, persoonlijke interactie, …(26)(27). Echter, er werd op heden nog geen onderzoek gedaan naar de invloed van informatiefolders op het verwijsgedrag van artsen. In de vierde plaats werd de bruikbaarheid van de beweegtool in vraag gesteld als 'zoveelste tool tijdens preventieconsult'. Onderzoek bevestigt inderdaad de waaier aan tools die ter beschikking staan voor huisartsen zoals de Findrisc-score voor diabetesscreening(28) en de SCORE-tabel voor risico op hart- en vaatziekten(29). In een systematic review van Chima et al. uit 2019 beschreef men dat, hoewel tools leiden tot betere besliskunde en een positief effect hadden op de kwaliteit van verwijzingen, ze negatieve effecten hadden op de workflow van huisartsen(30). Als laatste vinden we dat campagnevideo's algemeen slechts voor korte duur nuttig zijn, maar minder op lange termijn(31). Er zijn echter geen specifieke studies gevonden waarbij het effect van een campagnevideo op het (verwijs)gedrag van artsen werd geëvalueerd. Ook in onze studie is het nut van de video eerder gering en zien we weinig gedragsverandering.

Genoemde struikelblokken voor artsen om te verwijzen blijven de kostprijs, patiëntmotivatie en tijdgebrek. De huidige prijs van 5 euro per 15 min of 1 euro per 15 min bij verhoogde tegemoetkoming, blijft voor sommige artsen en patiënten te hoog(32). In verschillende andere studies werd reeds aangetoond dat kostprijs een drempel kan zijn bij preventieve interventies(8). Groepssessies kunnen, gezien de lagere kostprijs, hierop een antwoord bieden(33). Ook lokale initiatieven kunnen de prijs drukken vb. AXI bonnen (stad Brugge)(34). Sommige ziekenfondsen betalen het bedrag voor de coaching al volledig of gedeeltelijk terug. Er is op heden geen verhoogde tegemoetkoming voor alle patiëntengroepen, wat inderdaad een drempel tot verwijzen kan zijn(35). Een ander struikelblok is de beperkte patiëntmotivatie en blijvend tijdgebrek om dit onderwerp ter sprake te brengen. In Zweden past men al 20 jaar het principe van 'bewegen op voorschrift' toe. Het Zweeds Physical Activity on Prescription-model(36) is dan ook een rolmodel waar andere landen veel van kunnen leren. Een systematische review besluit dat het Zweedse model ook echt werkt: de meer inactieve mensen worden er actiever door gemaakt. Eén van de verschilpunten is dat in dit model ook meer paramedici verwijzen, o.a. fysiotherapeuten en verpleging(37). Dit kan een oplossing bieden voor de vaak genoemde drempel 'tijdgebrek' bij huisartsen. Momenteel werken 10 Europese landen samen aan een 'Physical Activity on Prescription'-model (EUPAP**).** Elk van deze landen schrijft volgens een eigen model fysieke activiteit voor. Door de ervaringen van andere landen, zoals onder andere Zweden, kunnen we in Vlaanderen en Brussel het huidige BOV-project nog sterker ontwikkelen en zo Bewegen op Verwijzing verder kwaliteitsvol uitbouwen(38).

Sterktes en zwaktes

Tijdens de rekruteringsfase van deze masterproef werden alle artsen uit ELZ Brugge gemaild met vraag tot deelname. Omwille van de kleine initiële responsgraad werden artsen uit deze eerstelijnszone at random opgebeld tot het vooropgestelde inclusie-aantal van 20 deelnemers werd bereikt. De geïncludeerde artsen werden via lottrekking in subgroepen verdeeld. Het feit dat het opbellen van de artsen en het verdelen van de artsen in subgroepen at random gebeurde, kan als positief punt van deze studie worden beschouwd. Een tweede sterkte is dat artsen uit praktijken met verschillende praktijkvormen werden geïncludeerd. Zowel artsen uit solopraktijken, groepspraktijken als een wijkgezondheidscentrum namen deel. Verder waren er verschillende overlegmomenten met Luc Lipkens, coördinator van BOV, en Pieter Metsu, een lokale beweegcoach uit Brugge, voor het opstellen van de gebruikte interventies. Echter, het verdere onderzoek werd onafhankelijk van het Vlaams Instituut Gezond Leven uitgevoerd, waardoor belangenvermenging kon worden vermeden. Een laatste positief aspect is dat alle geïncludeerde artsen de software CareConnect gebruikten. Hierdoor kon de verwijsbrief, informatiefolder en beweegtool op dezelfde manier in alle EMD's worden geïntegreerd. Dit zorgde ervoor dat de methode om de verschillende tools te gebruiken voor alle artsen hetzelfde was en dus geen invloed kon hebben op de resultaten van deze studie.

Er zijn ook een aantal zwakke punten in deze studie. Vooreerst was er een laag deelnemersaantal. Hierdoor kan de keuze tot het uitvoeren van een gerandomiseerd onderzoek in vraag worden gesteld, omwille van de lage power om groepen te kunnen vergelijken. Verder is het mogelijk dat de aan deze studie deelnemende artsen al op voorhand meer gemotiveerd waren om door te verwijzen naar BOV in vergelijking met artsen die de keuze maakten niet deel te nemen. Het is namelijk zo dat 12 van de 18 artsen eerder hadden verwezen naar BOV. Hierdoor kunnen de deelnemende artsen niet als een representatieve steekgroep voor de hele huisartsenpopulatie worden beschouwd. Wat verder opvalt is dat het merendeel van de artsen jonger was dan 40 jaar. Slechts 6 van de 18 artsen waren ouder dan 40 jaar. Hierdoor is het moeilijk een uitspraak te doen over de invloed van de interventies op het aantal verwijzingen bij oudere artsen.

Wanneer we kijken naar de doorgevoerde interventies zien we dat de beweegtool – opgesteld door de onderzoekers – vooral focust op 'de hoeveelheid beweging per week' bij patiënten. Van hieruit wordt dan beslist om al dan niet te verwijzen. Psychische klachten als verwijsindicatie

worden nog te weinig benadrukt in de beweegtool, hoewel dit de tweede meest frequente verwijsindicatie is(39)**.**

Ten slotte konden er geen absolute cijfers van het aantal verwijzingen verkregen worden met behulp van de statistiekmodule in CareConnect. Hierdoor konden geen objectieve gegevens over het effectieve aantal verwijzingen voor de start van de studie en tijdens het verloop studie verkregen worden. Om de invloed van de interventies op het aantal verwijzingen van de artsen te evalueren werd daarom louter afgegaan op het subjectieve gevoel van de artsen of zij meer, evenveel of minder dan voor de start van de studie hadden verwezen. Ook dit is een zwak punt in het onderzoek.

Implicaties

De informatiefolder, verwijsbrief en het bezoek van de beweegcoach waren voor de deelnemende artsen drempelverlagend en konden de barrières tot verwijzing afgeleid uit eerder onderzoek doorbreken. In toekomstig onderzoek is het toepassen van deze interventies op grote schaal noodzakelijk om hun nut ten volle te kunnen evalueren. De campagnevideo en beweegtool hadden minder invloed op het aantal verwijzingen in deze studie. De artsen in deze studie stelden volgende verbeterpunten voor de campagnevideo voor: verduidelijken van de verwijsprocedure en de wijze waarop een beweegcoach de huisarts op de hoogte houdt, preciseren van de doelgroep voor BOV en het beweeglandschap breder in kaart brengen in de video. Uit verder onderzoek zal moeten blijken of deze aanpassingen mogelijk zijn en het aantal verwijzingen naar BOV kunnen stimuleren. In verband met de beweegtool werd in deze studie vooral de haalbaarheid van het gebruik van deze tool tijdens de consultatie in vraag gesteld. Ook dit kan in verder onderzoek worden onderzocht.

Ook de haalbaarheid van het impliceren van de interventies op grote schaal kan in vraag worden gesteld. Tijdens deze studie integreerde een onderzoeker de verwijsbrief, beweegtool en folder in CareConnect bij elk van de deelnemende artsen. Wanneer deze interventies op grotere schaal zouden worden toegepast, is het automatisch integreren in de EMD's noodzakelijk. Hoe dit te doen dient nog onderzocht te worden. Hierbij zal er voor elk type EMD een aangepast standaard sjabloon voor de verwijsbrief moeten worden opgesteld.

In dit onderzoek gaven vele artsen aan dat het motiveren van patiënten tot deelname aan BOV de grootste drempel tot verwijzing blijft. De artsen zijn van mening dat bekendheid van het

project BOV bij de algemene bevolking hierop een invloed kan hebben. Uit verder onderzoek zal moeten blijken of algemene promotiecampagnes een impact kunnen hebben op het aantal verwijzingen naar BOV. Verder zal men een manier moeten vinden om de herinnering aan het project BOV bij de bevolking en artsen blijvend te maken.

Een bijkomende drempel tot verwijzing die door de artsen werd aangegeven is tijdgebrek tijdens de consultatie om beweging te bespreken. Een arts dacht eraan een praktijkverpleegkundige in te schakelen om bewustheid hierover te creëren bij de patiënten en ze informatie te geven over het project BOV. De impact hiervan op het aantal verwijzingen naar BOV kan in toekomstig onderzoek worden onderzocht. Echter, het is alom bekend via de media en wetenschappelijke onderzoeken, dat huisartsen in het algemeen een hoge werkdruk ervaren(40–43). Preventieve zorg, met inbegrip van het motiveren tot beweging, zou hieronder kunnen lijden. Dit zou in toekomstige studies kunnen worden onderzocht, evenals manieren om de werkdruk voor huisartsen te verlagen, waarbij er meer ruimte kan worden gemaakt voor preventie. In een recent persbericht van juni 2022 stelde minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke de ‘New Deal voor de huisartsen’ voor(44). Deze heeft als doel de eerstelijnszorg te versterken, met bijzondere aandacht voor de huisartsen. In de ‘New Deal’ worden voorstellen gedaan om de huisarts beter te ondersteunen en wordt een nieuw financieringsmodel aangereikt. Een model waarbij – anders dan de ‘prestatiegerichte gefinancierde zorg’ – de druk op de huisartsen om volume te draaien gaat dalen. Er wordt een meer geïntegreerde gefinancierde zorg voorgesteld die beter kan inspelen op beschikbaarheid, samenwerking, zorgcontinuïteit en preventie. Dit model zou onder andere de hoge druk op huisartsen kunnen verlagen en ook preventieve patiëntenzorg zou hier meer ruimte kunnen krijgen. Op deze manier worden handvaten aangereikt om de huisartsgeneeskunde duurzaam bestand te maken voor de toekomst.

CONCLUSIE

We kunnen besluiten dat het persoonlijke gesprek met de beweegcoach en de in CareConnect geïntegreerde verwijsbrief en informatiefolder het aantal verwijzingen naar BOV konden stimuleren in deze masterproef. Door in de toekomst deze interventies op grotere schaal toe te passen, zal hun effect op het verwijsgedrag van huisartsen beter kunnen worden geëvalueerd. Deze interventies kunnen dan ook – op basis van de gegeven feedback – worden bijgestuurd waar nodig om deze in de toekomst verder te optimaliseren. De aangereikte beweegtool en campagnevideo bleken in deze masterproef niet dezelfde positieve invloed op het aantal verwijzingen te hebben.

Ook na het invoeren van alle hierboven beschreven interventies blijven er drempels om te verwijzen naar BOV. Zo wordt ook in deze masterproef de beperkte patiëntmotivatie aangehaald als een groot struikelblok. Door in de toekomst opnieuw algemene promotiecampagnes toe te passen, kan worden nagegaan of deze een invloed kunnen hebben op het aantal verwijzingen van huisartsen. Ook zal men moeten nagaan hoe men het project BOV blijvend onder de aandacht van patiënten en artsen kan brengen. Ondanks bovengenoemde interventies wordt ook tijdgebrek nog steeds aangekaart om beweging – en in het bijzonder 'Bewegen op Verwijzing'– te bespreken tijdens consultaties. De hoge werkdruk bij artsen leidt ertoe dat er vaak geen tijd is om preventieve zorg aan te halen. Mogelijks kan de 'New Deal' voor huisartsgeneeskunde hier in de toekomst een antwoord bieden. Dit onder andere door een nieuwe manier van huisartsgeneeskunde met een ander financieringsmodel, waarbij de hoge werkdruk vermindert en er ook meer ruimte is voor preventieve zorg.

REFERENTIES

1. WHO. Every move counts towards better health – says WHO [Internet]. WHO News. 2020. Available from: https://www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who
2. Warburton DER. Health benefits of physical activity: the evidence. Can Med Assoc J [Internet]. 2006 Mar 14;174(6):801–9. Available from: http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.051351
3. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet [Internet]. 2012 Jul;380(9838):219–29. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612610319
4. Public Health Agency Sweden namens het EUPAP consortium. EUPAP FYSS-short Lichaamsbeweging bij de preventie en de behandeling van ziektes. 2019.
5. WHO. Global Health Risks [Internet]. 2009. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
6. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health [Internet]. 2010. Available from: https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf
7. WHO. Belgium: Physical activity factsheet. 2018;(September). Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
8. Withall J, Jago R, Fox KR. Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: A mixed methods study. BMC Public Health. 2011;11.
9. Riso Vlaams-Brabant. Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift. 2012;84.
10. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Bewegen op verwijzing [Internet]. Available from: www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing
11. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Bewegen Op Verwijzing in cijfers | Vlaams Instituut Gezond Leven [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/bov/cijfers-bov.pdf
12. Smeyers L. BOV met succes verbreed! Dataverwerking Project Bewegen op Voorschrift in Leuven 2013-2014 [Internet]. 2015. Available from: www.risovlb.be
13. De Smyter L. 'Bewegen Op Verwijzing': Een evaluatie door de huisarts . KU Leuven; 2020.

14. Peters S, Bussières A, Depreitere B, Vanholle S, Cristens J, Vermandere M, et al. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. J Prim Care Community Heal. 2020;11.
15. Jacobs V. Hordes en springplanken in motiveren tot meer bewegen. KU Leuven; 2019.
16. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Matig intensief bewegen [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/matig-intensief-bewegen
17. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Evaluatierapport Bewegen Op Verwijzing zomer 2018. 2018;77. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Evaluatierapport-Bewegen-Op-Verwijzing-begin-tot-zomer-2018.pdf
18. Huisarten Vereniging Gent. Vlaamse campagne Bewegen op Verwijzing [Internet]. Available from: http://www.hvg.be/artikels/vlaamse-campagne-bewegen-op-verwijzing
19. Renard F, Scohy A, De Pauw R, Jurcevic J, Devleesschauwer B. Health status report 2021 – De gezondheidstoestand in België. Sciensano [Internet]. :Depotnummer: D/2020/14.440/08. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand
20. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Aantal consultaties BOV [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/bov/aantal-consultaties-bov.png
21. Chan BC, Perkins D, Wan Q, Zwar N, Daniel C, Crookes P, et al. Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. Int J Qual Heal Care [Internet]. 2010 Dec 1;22(6):519–24. Available from: https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzq057
22. Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: A systematic review. Fam Pract. 2018;35(2):132–41.
23. O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. Harris F, editor. PLoS One [Internet]. 2017 May 18;12(5):e0177026. Available from: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42015019362
24. Liddle J, Clemson L, Mackenzie L, Lovarini M, Tan A, Pit SW, et al. Influences on general practitioner referral to allied health professionals for fall prevention in primary care. Australas J Ageing [Internet]. 2020 Mar 4;39(1):e32–9. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12680

25. John Horder, Bosanquet N, Stocking B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. J R Coll Gen Pract [Internet]. 1989 [cited 2023 Mar 17];(36):517–21. Available from: file:///Users/Astrid/Dropbox/HAIO/thesis/Bronnen/Vlaamse campagne Bewegen op Verwijzing %7C HVG.html
26. Barik AL, Purwaningtyas RA, Astuti D. The Effectiveness of Traditional Media (Leaflet and Poster) to Promote Health in a Community Setting in the Digital Era: A Systematic Review. J Ners. 2019;14(3):76.
27. Beaujean DJMA, Gassner F, Wong A, Steenbergen JE, Crutzen R, Ruwaard D. Education on tick bite and Lyme borreliosis prevention, aimed at schoolchildren in the Netherlands: comparing the effects of an online educational video game versus a leaflet or no intervention. BMC Public Health [Internet]. 2016 Dec 16;16(1):1163. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3811-5
28. Agentschap Zorg en Gezondheid. Gezondheidskompas [Internet]. Available from: https://www.gezondheidskompas.be
29. Domus Medica. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten [Internet]. Available from: https://www.ggids.be/bepaling-van-het-risico-op-hart-en-vaatziekten/
30. Chima S, Milley K, Reece JC, Milton S, McIntosh JG, Emery JD. Decision support tools to improve cancer diagnostic decision making in primary care: A systematic review. Br J Gen Pract. 2019;69(689):E809–18.
31. Dahodwala M, Geransar R, Babion J, de Grood J, Sargious P. The impact of the use of video-based educational interventions on patient outcomes in hospital settings: A scoping review. Patient Educ Couns [Internet]. 2018 Dec;101(12):2116–24. Available from: https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.018
32. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Hoeveel kost de begeleiding door een coach? [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/hoeveel-kost-de-begeleiding-door-een-coach
33. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Kleine kostprijs, grote gezondheidswinst [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/voor-artsen-stel-een-verwijsbrief-op/kleine-kostprijs-grote-gezondheidswinst
34. Stad Brugge. Sport AXI-bon [Internet]. Available from: https://www.brugge.be/sport-axi-bon
35. Vlaanderen. Bewegen Op Verwijzing [Internet]. Available from: https://www.vlaanderen.be/bewegen-op-verwijzing

36. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, Daxberg E-L, Jivegård L, Jonsdottir IH, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. Br J Sports Med [Internet]. 2019 Mar;53(6):383–8. Available from: https://bjsm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bjsports-2018-099598
37. EUPAP Swedish consortium. Physical activity on prescription in Sweden. 2022;
38. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Ook elders in Europa bewegen ze op verwijzing [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/eupap
39. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Bewegen Op Verwijzing in cijfers - 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.gezondleven.be/files/bov/bov-instagram-stories-cijfers.pdf
40. OpenVLD. 9 op 10 huisartsen geven aan dat werkdruk onhoudbaar is: extra maatregelen op komst [Internet]. Available from: https://www.openvld.be/9_op_10_huisartsen_geven_aan_dat_werkdruk_onhoudbaar_is_extra_maatregelen_op_komst
41. Van Genechten S. 1 op de 3 huisartsen wil stoppen: “Wij werken harder, sneller en langer, maar er is een grens aan ons kunnen.” VRT NWS [Internet]. Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/10/1-op-3-huisartsen-wil-stoppen/
42. Stalpaert S. Prevalentie van burn-out bij huisartsen. huisartsnu. 2022;(6).
43. Merckx G, Teughels S, Van Parys E, Sara W, Els DW, Jacobs I, et al. Toegankelijkheid huisartsgeneeskunde fase 1: ontwikkeling methodiek en applicatie. 2022.
44. Kabinet van vice-eerste minister en minster van sociale zaken en volksgezondheid Frank Vandenbroucke. Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk) [Internet]. 2022. Available from: https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk

ANNEX 1 : E-MAIL HUISARTSEN

Beste huisarts,

Wij, Liesbeth De Spiegeleer en Astrid Claeys, zijn beide tweedejaars HAIO. Wij willen graag met onze masterproef het project 'Bewegen Op Verwijzing' een duwtje in de rug geven en zouden uw hulp hier goed bij kunnen gebruiken!

Bewegen is erg voordelig in de preventie en behandeling van verschillende chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziektes, diabetes, borst- en colonkanker, depressie, etc. Een tekort aan beweging is nog steeds – naast hypertensie, roken en hoge bloedsuikerwaarden – één van de grootste risicofactoren voor vroegtijdige sterfte.

Ondanks het feit dat er duidelijk evidentie bestaat rond het nut van beweging, vertaalt dit zich nog niet in een meer actieve bevolking. Misschien merkt u dit ook op bij uw patiëntenpopulatie? Hier kan Bewegen Op Verwijzing een hulp zijn voor u.

Het doel van Bewegen Op Verwijzing is om hoofdzakelijk inactieve mensen duurzaam aan het bewegen te krijgen. Huisarten blijven schakelfiguren in het doorverwijzen van patiënten naar Bewegen Op Verwijzing. Echter, ondanks de gezondheidswinst gerapporteerd door deelnemers van Bewegen Op Verwijzing, **blijft het gemiddeld aantal doorverwijzingen van huisartsen naar een beweegcoach laag.**

In een eerdere studie werden de drempels en barrières tot doorverwijzing bevraagd bij verschillende huisartsen. **Op deze drempels en barrières willen wij nu inspelen in onze masterproef door het invoeren van verschillende interventies**.

Daarom zijn wij op zoek naar huisartsen die gebruik maken van **CareConnect** als elektronisch medisch dossier die ons willen helpen bij het nagaan in welke mate deze **interventies huisartsen kunnen stimuleren voor het verwijzen naar Bewegen Op Verwijzing.**

De deelnemende huisartsen zullen in **twee groepen** worden verdeeld.

- De ene groep zal een **campagnevideo** te zien krijgen en gevraagd worden tweemaal een **vragenlijst** in te vullen, dit na drie maanden en na zes maanden. Het invullen van deze **vragenlijsten** zal telkens maximaal **tien minuten** in beslag nemen. In deze vragenlijsten zal worden gepeild naar het nut van de interventies door u ervaren.
- De tweede groep huisartsen zal dezelfde **campagnevideo** te zien krijgen. Daarnaast zal de lokale **beweegcoach** zich persoonlijk voorstellen en **informatiefolders** voor patiënten zullen aan deze huisartsen worden uitgedeeld. Tijdens een persoonlijk **bezoek** van de onderzoekers dat maximaal **dertig minuten** in beslag zal nemen zal een **verwijsbrief** en **beweegtool/verwijstool** in het medisch dossier van de artsen worden geïntegreerd. Ook aan deze artsen zal worden gevraagd om tweemaal een **vragenlijst** in te vullen, dit na drie maanden en na zes maanden. Het invullen van deze vragenlijsten zal tevens maximaal **tien minuten** in beslag nemen.

Indien u ons en het project 'Bewegen Op Verwijzing' graag wilt helpen, gelieve onderstaande tabel in te vullen en **per kerende mail** aan ons door te geven.

Alvast **bedankt** voor uw tijd en enthousiasme!

Astrid Claeys
astrid.claeys@student.kuleuven.be
+32 474/07.78.23

Liesbeth De Spiegeleer
liesbeth.despiegeleer@student.kuleuven.be
+32 477/57.81.72

Olv Prof. Dr. Mieke Vermandere
mieke.vermandere@kuleuven.be

Deze studie is goedgekeurd door Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (MP018416)

ANNEX 2 : TEKST BIJ CAMPAGNEVIDEO + TOEVOEGING (cursief)

Bewegen is cruciaal voor je patiënten.

Dit vraagt een aanpak op maat die voor de artsen tijdsintensief kan zijn.

Deze tijd neemt een Bewegen Op Verwijzing-coach uit jouw handen. (einde 13 seconden)

- *De beweegcoach is gediplomeerd en kreeg extra vorming rond Beweging op Verwijzing*
- *Een sessie bij een coach bedraagt voor de patiënt maximaal 5 euro per kwartier*

(Start 13 seconden): Samen bepalen zij doelen en werken ze toe naar een zelfstandig actiever leven.

De coach houdt rekening met de gezondheid en levenswijze van de patiënt.

En zo bekomt de patiënt een beweegplan op maat van zijn leven.

Als arts blijf je op de hoogte (einde 30 seconden)

- *De coach zal op gepaste momenten een verslag sturen,*

(Begin 30 seconden) zodat je bij een volgend consult de patiënt verder kan motiveren.

Samen krijgen we jouw patiënten blijvend in beweging.



1 Je krijgt een verwijsbrief. Je neemt die brief mee naar jouw Bewegen Op Verwijzing-coach.



2 Je belt je coach voor een afspraak, of je sms't 'BEWEGEN' en wij contacteren jou.



3 Je maakt een beweegplan dat past bij jouw leven. De coach helpt je. Je kan kiezen: bewegen in groep of alleen, bewegen in je buurt, op het werk, onderweg of bij je thuis.



4 Je probeert het beweegplan uit.



5 Je bespreekt samen met je coach wat goed en minder goed gaat. Jullie bekijken welke vooruitgang je maakt en bespreken eventuele moeilijkheden.



6 Je beweegt elke dag meer. Blijf dat doen. Dat voelt goed!



7 Je arts volgt je verder op.

V.U. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, Linda De Bruyck, Gustave Schildknechtstraat 9, 3020 Leuven | Vormgeving en fotografie Circuse

BEWEGEN OP VERWIJZING

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

www.bewegenopverwijzing.be

Tarieven:

Wist je dat je als patiënt het kleinste deel van de kosten draagt?

	Individuele begeleiding (per 15 minuten)
Normaal tarief	€ 5
Met verhoogde tegemoetkoming	€ 1

Je betaalt minder als je recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming. Dit is het geval als de code onderaan de klever van je ziekenfonds eindigt op 1. Sommige ziekenfondsen betalen bovendien jouw bijdrage (gedeeltelijk) terug.
Twijfel je? Contacteer dan je ziekenfonds.
Meer info: www.bewegenopverwijzing.be

This leaflet is part of the project „847174 / EUPAP" which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

The content of this leaflet represents the views of the author only and is his sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFEA) or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

WIL JIJ OOK MEER BEWEGEN?

BEWEGEN OP VERWIJZING

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN



JE COACH HELPT JE VERDER!

www.bewegenopverwijzing.be





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

Dr. Tom Jacobs



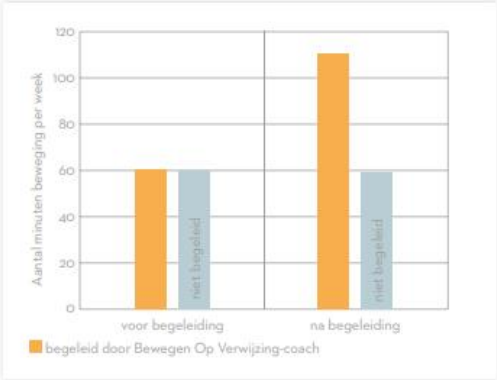
WIL JE MEER BEWEGEN?

Je coach helpt je verder!

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

Waarom?

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



IK HEB DE STAP GEZET. JIJ OOK?

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

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

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





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

ANNEX 4: BEWEEGTOOL

Beweegtool – Bewegen Op Verwijzing

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

Beweegt uw patiënt ≥ 150 min/week aan **matige intensiteit**? (vb. 5x/week 30 min wandelen, elektrisch fietsen, rolstoel rijden, ...)

OF

Beweegt uw patiënt ≥ 75 min/week aan **hoge intensiteit**? (vb. 3x/week 25 min joggen, stevig fietsen, basketten, ...)

OF

Beweegt uw patiënt ≥ 150 min/week aan een **combinatie van beide***? * Hierbij telt elke min. aan hoge intensiteit voor 2 min.

JA

Uw patiënt beweegt voldoende

NEE

Heeft uw patiënt één van volgende aandoeningen?

- Recente belangrijke verandering in ECG
- Instabiele angina pectoris
- Ongecontroleerde hartritmestoornissen
- Ernstige aortastenose
- Ongecontroleerd hartfalen
- Acute longembolie
- Acute myocarditis
- Vermoeden van/ gekend aneurysma
- Acute systemische infectie

JA

Geen indicatie tot verwijzing

NEE *1



BEWEGEN OP VERWIJZING

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

*1 Bij één van deze onbehandelde aandoeningen, dienen deze eerst uitgeklaard te worden

- Hart- en vaatziekte
- Chronische ziekte met verhoogd risico op hart- en vaatziekte (vb. diabetes, nierinsufficiëntie,...)
- Hypertensie of hypercholesterolemie
- Astma of COPD
- Musculoskeletale aandoening

! Hiernaast zijn ook psychische klachten indicaties tot verwijzing (o.a. stress, angststoornis, depressie, burn-out, psychosomatische klachten en slaapproblemen)

Beweegtool – voorbeelden beweging





*Meten is weten! En dat doe je met een 'MET' of '**Metabolic Equivalent of a Task**'. Dat is een maat voor de stofwisselingprocessen in ons lichaam. 1 MET komt overeen met je energieverbruik in rust. Hoe intensiever je beweegt, hoe hoger de MET- waarde*

Matig intensieve beweging (> 150 min/ week) Vb. 5x/ week 30 min	MET-waarde van 3 tot 6 Vb. bij een MET-waarde van 3, verbruik je driemaal je energie in rusttoestand	Ramen wassen	3,2 MET
		Wandelen 5 km/u	3,5 MET
		Harken in de tuin	4 MET
		Trappen doen (rustig)	4 MET
		Elektrisch fietsen	> 5 MET
		Zwemmen (recreatief)	5.3 MET
		Fietsen 15 km/u	5.8 MET
Hoog intensieve beweging (> 75 min/ week) Vb. 3x/ week 25 min	Vanaf MET- waarde > 6 Je verbruikt dan 6 keer meer energie dan in rusttoestand	Joggen	7 MET
		Rolstoelbasket	7,8 MET
		Spitten in de tuin	7,8 MET
		Fietsen 21 km/u	8 MET
		Touwspringen	8.8 MET
		Zwemmen (intensief)	10.3 MET
Combinatie matig en sterk intensief (> 150 min/ week)	Hierbij telt elke minuut aan hoge intensiteit voor 2 minuten		

ANNEX 5: KOPPELING BEWEEGTOOL AAN ICPC2-codes

Toegepaste ICPC2-codes:

Gezondheidscheck-up	(A97, Z00.0)	Dieetcontrole	(A99, Z71.3)
Jaarlijks onderzoek	(A97, Z00.0)	Gezondheidsadvies	(A99, Z71.9)
Algemeen medisch onderzoek	(A97, Z00.0)	Gezondheidsopvoeding	(A99, Z71.9)
Medisch onderzoek bij controlepersoon bij klinisch onderzoek	(A97, Z00.6)	Gezondheidsinstructie	(A99, Z71.9)
Medisch onderzoek	(A97, Z00.8)	Gezondheidszorgcontact	(A99, Z76.9)
Bloeddrukonderzoek	(A98, Z01.3)	Persoonlijke anamnese met probleem met invloed op gezondheidstoestand	(A23, Z91.8)
Laboratoriumonderzoek	(A98, Z01.7)	Probleem met levensstijl	(Z29, Z72.8)
Gezondheid waarneming	(A98, ZO1.8)	Probleem met levensstijl	(Z29, Z72.9)

ANNEX 6: VERWIJSBRIEF

Lichtervelde, 07/11/2021

VLAAMS INSTITUUT
GEZOND
LEVEN

Teststraat 25

8810 Lichtervelde

Tel: 051000000

Aan: Bewegen Op Verwijzing-coach

Beste,

Hierbij stuur ik U mijn patiënt(e):
Testpatiënt Test, ° 29/09/1939, Teststraat 131, 8200 LICHTERVELDE

Graag vertrouw ik u u deze patiënt(e) toe voor het opmaken van én begeleiding bij een persoonlijk beweegplan.

Met collegiale groeten,
Dr. Test Test

10000000004

BEWEGEN OP VERWIJZING

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

www.bewegenopverwijzing.be

Een Bewegen Op Verwijzing-coach helpt jou stap voor stap meer te bewegen. Je maakt samen een beweegplan. De coach motiveert je om dat vol te houden. Je krijgt dus persoonlijke begeleiding om minder te zitten en meer te bewegen. Voor een voordelige prijs en bij jou in de buurt. Zo ga je elke dag voor een gezonde mix van zitten, staan en bewegen.

Afspraak maken?

- Laat je gegevens achter op www.bewegenopverwijzing.be en je coach neemt contact op.
- SMS 'bewegen' naar je coach. Je coach neemt contact op.
- Bel je coach.
- E-mail je coach.



ANNEX 7: TUSSENTIJDSE EVALUATIE SUBGROEP 1

(Subgroep 1 = kregen enkel aangepaste campagnevideo als interventie)

Oriënterende vragen

- Wat is uw unieke code?
- Wat is uw leeftijd?
    - < 40 jaar
    - ≥ 40 jaar
- Heeft u reeds eerder doorverwezen naar BOV?
    - Ja
    - Nee

Evaluerende vragen

- De campagnevideo…
    - Heb ik sinds het begin van het project nog eens herbekeken
    - Zorgt ervoor dat ik meer kennis heb over het project BOV
    - Brengt mij meer duidelijkheid over de rol van de beweegcoach
    - Brengt mij meer duidelijkheid over de praktische aspecten van BOV
    - Omvat de nodige informatie om patiënten te informeren
    - Heeft mij gestimuleerd om meer aan het project te denken
    - Heeft mij gestimuleerd om meer door te verwijzen naar BOV
    - Is nuttig als blijvende herinnering aan het project BOV
    - Zou ik spontaan herbekijken als heropfrissing van het project BOV
- Sinds het begin van de studie heb ik…
    - Meer verwezen dan voorheen
    - Evenveel verwezen als voorheen
    - Minder verwezen dan voorheen
- Open vragen
    - Wat vindt u goed aan de campagnevideo?
    - Welke extra elementen zouden een toegevoegde waarde kunnen zijn aan de campagnevideo?

ANNEX 8: EINDEVALUATIE SUBGROEP 1

Oriënterende vraag

- Wat is uw unieke code?

Evaluerende vragen

- De campagnevideo
    - Heb ik sinds de laatste vragenlijst nog eens herbekeken
    - Is nuttig als blijvende herinnering aan het project BOV
    - Zal ik in de toekomst nog raadplegen ter heropfrissing van het project BOV
- In vergelijking met begin van de studie, heb ik…
    - Meer verwezen dan voorheen
    - Evenveel verwezen als voorheen
    - Minder verwezen dan voorheen
- Open vragen
    - Wat zijn voor u de drempels tot verwijzing naar BOV?
    - Welke zaken zouden voor u doorverwijzing naar BOV laagdrempeliger maken?

ANNEX 9: TUSSENTIJDSE EVALUATIE SUBGROEP 2

(Subgroep 2 = interventie campagnevideo, voorstelling beweegcoach, informatiefolder, beweegtool, verwijsbrief in EMD)

Oriënterende vragen

- Wat is uw unieke code?
- Wat is uw leeftijd?
    - < 40 jaar
    - ≥ 40 jaar
- Heeft u reeds eerder doorverwezen naar BOV?
    - Ja
    - Nee

Evaluerende vragen

- Sinds het begin van de studie heb ik…
    - Meer verwezen dan voorheen
    - Evenveel verwezen als voorheen
    - Minder verwezen dan voorheen
- De campagnevideo…
    - Heb ik sinds het begin van het project nog eens herbekeken
    - Zorgt ervoor dat ik meer kennis heb over het project BOV
    - Brengt mij meer duidelijkheid over de rol van de beweegcoach
    - Brengt mij meer duidelijkheid over de praktische aspecten van BOV
    - Omvat de nodige informatie om patiënten te informeren
    - Heeft mij gestimuleerd om meer aan het project te denken
    - Heeft mij gestimuleerd om meer door te verwijzen naar BOV
    - Is nuttig als blijvende herinnering aan het project BOV
    - Zou ik spontaan herbekijken als heropfrissing van het project BOV
- De voorstelling van de beweegcoach…
    - Werkt motiverend om meer door te verwijzen
    - Zorgt ervoor dat ik meer kennis heb over het project BOV
    - Brengt mij meer duidelijkheid over de rol van de beweegcoach
    - Brengt mij meer duidelijkheid over de praktische aspecten van BOV
- De informatiefolder…
    - Helpt mij om de patiënt beter te informeren over het project BOV
    - Helpt mij om het project BOV aan te halen tijdens consultvoering
    - Is gemakkelijk terug te vinden op Careconnect

    - Brengt mij meer duidelijkheid over de praktische aspecten van BOV
- De beweegtool…
    - Is een nuttig instrument om te gebruiken tijdens consultvoering voor jaarlijkse bloedafname, jaarlijkse controle, gezondheid check-up
    - Is eenvoudig te raadplegen tijdens het consult
    - Is gebruiksvriendelijk
    - Helpt mij om verwijsindicaties beter te begrijpen
    - Geeft mij duidelijkheid over de contra-indicaties voor BOV
    - Zou ik in de toekomst graag willen blijven gebruiken voor BOV
- De gestructureerde verwijsbrief in het EMD…
    - Is overzichtelijk en volledig
    - Is eenvoudig te gebruiken tijdens het consult
    - Helpt mij om laagdrempelig te verwijzen
    - Zorgt ervoor dat verwijzing naar BOV minder tijdrovend is
- begin van de studie, heb ik…
    - Meer verwezen dan voorheen
    - Evenveel verwezen als voorheen
    - Minder verwezen dan voorheen
- Open vragen
    - Welke interventies hebben u gestimuleerd om te verwijzen naar BOV? En waarom?
    - Wat vindt u goed aan…
        - De campagnevideo
        - Voorstelling van de beweegcoach
        - Informatiefolder
        - Beweegtool
        - Gestructureerde verwijsbrief in EMD
    - Wat zijn de verbeterpunten voor…
        - De campagnevideo
        - Voorstelling van de beweegcoach
        - Informatiefolder
        - Beweegtool
        - Gestructureerde verwijsbrief in EMD

ANNEX 10: EINDEVALUATIE SUBGROEP 2

Oriënterende vraag

- Wat is uw unieke code?

Evaluerende vragen

- In vergelijking met begin van de studie, heb ik…
    - Meer verwezen dan voorheen
    - Evenveel verwezen dan voorheen
    - Minder verwezen dan voorheen
- Open vragen
    - Welke interventies hielpen u om meer te verwijzen naar BOV?
    - In welke mate waren de toegepaste interventies voor u gebruiksvriendelijk?
    - Welke interventies zou u in de toekomst nog willen blijven gebruiken?
    - Wat blijven voor u de drempels om door te verwijzen?
    - Hoe kunnen we in de toekomst verwijzing naar BOV nog meer laagdrempelig maken?

ANNEX 11: GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Ontwikkeling en evaluatie van een implementatieplan voor Bewegen Op Verwijzing

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers:

Claeys Astrid – master in de huisartsgeneeskunde fase 2 – astrid.claeys@student.kuleuven.be – +32 474/07.78.23

De Spiegeleer Liesbeth – master in de huisartsgeneeskunde fase 2 – liesbeth.despiegeleer@student.kuleuven.be – +32 477 57 81 72

Prof. Dr. Mieke Vermandere – mieke.vermandere@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de mate waarin huisartsen meer gestimuleerd worden om te verwijzen naar Bewegen Op Verwijzing door het invoeren van verschillende interventies. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

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

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

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Bewegen is erg voordelig in de preventie en behandeling van verschillende chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziektes, diabetes, borst- en colonkanker, depressie, etc. Ondanks het feit dat er duidelijk evidentie bestaat rond het nut van beweging, vertaalt dit zich nog niet in een meer actieve bevolking. Het doel van Bewegen Op Verwijzing is om hoofdzakelijk inactieve mensen duurzaam aan het bewegen te

krijgen. Echter, ondanks de gezondheidswinst gerapporteerd door deelnemers van Bewegen Op Verwijzing, blijft het gemiddeld aantal doorverwijzingen van huisartsen naar een beweegcoach laag. In een eerdere studie werden de drempels en barrières tot doorverwijzing bevraagd aan verschillende huisartsen. Op deze drempels en barrières willen wij in dit onderzoek inspelen door het invoeren van volgende interventies : een campagnevideo voor huisartsen, een persoonlijke praktijkvoorstelling van de beweegcoach, een informatiefolder, een beweegtool en een aangepaste verwijsbrief geïmplementeerd in het EMD.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat huisarten de schakelfiguren blijven in het doorverwijzen van patiënten naar Bewegen Op Verwijzing.

Aan deze studie zullen ongeveer dertig huisartsen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u als huisarts actief zijn in eerstelijnszone Brugge en CareConnect gebruiken als elektronisch medisch dossier.

De onderzoekers zullen u twee vragenlijsten voorleggen, waarvan één drie maanden na het begin en één aan het einde van de studieperiode. Deze vragen peilen naar de door u ervaren meerwaarde van de interventies. Er zullen enerzijds gesloten vragen worden gesteld, waarbij u kunt aanduiden of u akkoord, neutraal of niet akkoord bent. Anderzijds zijn er open vragen, waarbij u uw eigen mening zal kunnen geven over de verschillende interventies. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer tien minuten van uw tijd in beslag nemen. Er zal telkens een link naar de vragenlijst via mail naar u worden verzonden, zodat u deze vragenlijsten kunt invullen op een voor u gepast moment.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan een vlottere verwijzing naar het project Bewegen op Verwijzing. Op deze manier krijgen we samen meer mensen actief aan het bewegen.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Claeys Astrid via astrid.claeys@student.kuleuven.be of De Spiegeleer Liesbeth via liesbeth.despiegeleer@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker Prof. Dr. Mieke Vermandere via het telefoonnummer +3216/37.72.81 of via e-mail mieke.vermandere@kuleuven.be.

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Ontwikkeling en evaluatie van een implementatieplan voor Bewegen Op Verwijzing

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

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

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

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

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

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

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Wij ondergetekenden Claeys Astrid en De Spiegeleer Liesbeth, verklaren de benodigde informatie inzake deze studie schriftelijk te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

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

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoekers

ANNEX 12: GOEDGEKEURD PROTOCOL

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

Template 2020.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A NON-ANONYMOUS SURVEY

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten)

Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes**' of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Important information regarding this template and how to fill it in correctly

This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application.

Read the explanatory document carefully when filling out this template. You can find all **information, examples and text suggestion** belonging to the various sections in this document. (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en)

Every resubmission or amendment should be done in '**track changes**' **or in 'highlight'** in order to identify the changes. The file name must also be changed to 'resubmission_MP###_version#' or 'amendment_MP##_version#'. The MP-number can be found via SCONE (overview master thesis), the version number is up to you: starting at 1 and increasing by 1 each time you are asked to make new changes.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Ontwikkeling en evaluatie van een implementatieplan voor Bewegen Op Verwijzing
Version 1: Date submission	Date: 30/12/2021
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date: Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date: Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name:** Dr. Vermandere Mieke
	Telephone: +32 16 37 72 81; +32 16 37 66 21

	E-mail: mieke.vermandere@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES √ NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES √	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: /**
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: De Spiegeleer Liesbeth**
	Student number: r0482828
	Telephone: +32 477 5781 72
	E-mail: liesbeth.despiegeleer@student.kuleuven.be
	Name: Claeys Astrid
	Student number: r0483025
	Telephone: +32 474 07 78 23
	E-mail: astrid.claeys@student.kuleuven.be
	Name: /
	Student number: /
	Telephone: /
	E-mail: /

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project. References can be added at the end of this template.

'Every move counts'. Met deze uitspraak wilt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de aandacht vestigen op het blijvend belang van voldoende lichaamsbeweging in de algemene bevolking(1). Er bestaat reeds overweldigend bewijs over de voordelige effecten hiervan in de preventie van verschillende chronische aandoeningen (2). Zo blijkt dat lichaamsbeweging een cruciale rol speelt in het verlagen van het aantal hart- en vaatziektes, diabetes, borst- en colonkanker, etc. (3). Naast deze preventieve rol, is lichaamsbeweging ook van

belang in de behandeling van meer dan dertig verschillende chronische ziektes (4). Niet alleen de morbiditeit wordt beïnvloed door lichaamsbeweging, ook de mortaliteit. Een tekort aan beweging is nog steeds – naast hypertensie, roken en hoge bloedsuikerwaarden één van de grootste risicofactoren voor vroegtijdige sterfte (5). Zo zouden per jaar maar liefst vijf miljoen sterfgevallen vermeden kunnen worden bij voldoende lichaamsbeweging (1).

Ondanks het feit dat er duidelijk evidentie bestaat rond nut van beweging, vertaalt dit zich nog niet in een meer actieve bevolking. Wereldwijd schat men dat één op vier volwassenen (27.5 %) en meer dan drie op vier adolescenten (81%) onvoldoende bewegen volgens de aanbevelingen van de 'Global Recommendations on Physical Activity for Health'(6).

Algemeen raadt de WHO voor volwassenen tussen 18 en 65 jaar ten minste 150 minuten per week matig intensief bewegen aan (vb. wandelen, trappen nemen, elektrisch fietsen,…), ofwel ten minste 75 minuten per week sterk intensief bewegen (vb. fitness, joggen), of een combinatie van beide(6). Uit de Belgische 'Physical Activity Factsheet' van 2018 blijkt dat slechts 39% van de Belgische volwassen bevolking deze criteria bereikt. Bij kinderen en ouderen is dit percentage zelfs nog lager(7).

Men ziet vooral bij de maatschappelijk kwetsbare mensen een duidelijk tekort aan lichaamsbeweging, hoewel net in deze klassen een grotere prevalentie bestaat van chronische aandoeningen. De drempels tot bewegen die herhaaldelijk worden aangegeven zijn vaak kosten, tijdsgebrek (o.a. zorg voor het gezin), angst om 'alleen in een sportgroep' te starten, maar ook onwetendheid over het nut van beweging(8).

Vanuit deze insteek werd 'Bewegen Op Voorschrift' in 2010 het leven ingeroepen. Initieel startte dit als een lokaal piloottraject om de actieve levensstijl van de maatschappelijk kwetsbaren (d.i. personen die moeilijk toegang vinden tot het reguliere sport- en beweegaanbod) in regio Leuven te bevorderen. In de eerste plaats was er een oriënterend gesprek met de deelnemers, waarna laagdrempelig door de beweegcoach beweegactiviteiten werden aangeboden en opgevolgd. Gezien de positieve resultaten op subjectieve – en mentale gezondheid en de zelf gerapporteerde fysieke activiteit, werd 'Bewegen Op Voorschrift' verder uitgebreid(9). Het project – heden onder de naam 'Bewegen Op Verwijzing' (BOV) - is intussen uitgebreid over geheel Vlaanderen en wordt ondersteund door Vlaams Instituut Gezond Leven. Het doel blijft in grote lijnen hetzelfde: om de hoofdzakelijk inactieve mensen duurzaam aan het bewegen te krijgen. Sedert 2017 kunnen huisartsen actief patiënten verwijzen naar een beweegcoach binnen het BOV-project die dan op hun beurt laagdrempelig een aangepast beweegplan opstellen voor de patiënt(10). Cijfers uit een recent evaluatierapport van BOV toonden aan dat op heden 57 % van de Brusselse en Vlaamse gemeenten een BOV-coach ter beschikking hebben. In 2019 werden over heel Vlaanderen 1972 online verwijsbrieven opgemaakt, hierbij werd geen rekening gehouden met papieren verwijzing. Het aantal deelnemers is over de jaren gegroeid van 479 (in 2017) naar 2492 (in 2020)(11). Echter, ondanks de gezondheidswinst gerapporteerd door deelnemers van BOV, blijft het gemiddeld aantal doorverwijzingen van huisartsen naar een beweegcoach relatief laag (12).

In een eerdere studie van Liese De Smyter werden de drempels/barrières tot doorverwijzing aangekaart. Het belangrijkste struikelblok bij artsen om door te verwijzen is tijdgebrek. Enkele praktische aanpassingen zouden moeten doorgevoerd worden, om verwijzing tijdbesparend te maken. Zo werden suggesties gedaan om de verwijsprocedure te vereenvoudigen en te integreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). Ook werd de beperkte kennis over het project bij zowel arts als patiënt aangekaart. Een hulp zou zijn om meer reclamecampagnes door te voeren rond het BOV-project, maar ook algemeen rond het nut van beweging. Verder zou het motiverend werken voor artsen wanneer coaches zich persoonlijk komen voorstellen of korte verslagen sturen om de samenwerking te stimuleren (13).

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study. Describe the research questions and hypotheses of your study.

De doelstelling van deze studie is dan ook nagaan in welke mate huisartsen meer gestimuleerd worden om te verwijzen naar BOV door het invoeren van volgende interventies: een campagnevideo voor huisartsen, een persoonlijke praktijkvoorstelling van de beweegcoach, een informatiefolder, een beweegtool en een aangepaste

verwijsbrief geïmplementeerd in het EMD. Deze interventies willen inspelen op de eerder beschreven barrières tot verwijzen.

4. RESEARCH METHOD

Present the survey and explain potential ethical implications of the planned methodology.

Als onderzoeksmethode zal worden gekozen voor een gerandomiseerde klinische studie, waarbij specifieke interventies zullen worden gekoppeld aan de reeds gekende barrières voor verwijzing naar het BOV-project.

De deelnemende huisartsen zullen worden verdeeld in twee gelijkwaardige subgroepen. Hiervoor zal worden gebruik gemaakt van gestratificeerde randomisatie op basis van leeftijd. Er zal een lottrekking worden uitgevoerd uit de groep geïncludeerde artsen waarbij elk oneven getrokken lot in subgroep 1 terecht zal komen en elk even getrokken lot in subgroep 2 terecht zal komen.

Aan subgroep 1 zal slechts één interventie worden aangeboden, terwijl aan subgroep 2 meerdere interventies zullen worden aangereikt (cfr. Infra).

- Subgroep 1: campagnevideo
- Subgroep 2: campagnevideo, voorstelling beweegcoach, informatiefolder, beweegtool, verwijsbrief in EMD, persoonlijke voorstelling onderzoekers

De selectie van barrières waarvoor een interventie zal worden opgesteld, gebeurde in samenspraak met BOV-coach Pieter Metsu en Luc Lipkens, coördinator van BOV.

Tabel 1 toont een overzicht van de geïncludeerde en geëxcludeerde barrières met per factor de aangepaste interventie.

Barrières en drempelverlagende factoren tot doorverwijzing		
Geïncludeerde barrières		Geëxcludeerde barrières
Barrière	Interventie	Barrière
Onvoldoende kennis over BOV bij artsen + rol beweegcoach → coaches zich laten voorstellen	Campagnevideo BOV aanpassen Voorstelling beweegcoach	Onvoldoende intrinsieke overtuiging van belang beweging
Praktische aspecten BOV te weinig gekend	Campagnevideo Informatiefolder	Te weinig algemene campagnes over belang beweging
Project moeilijk in te plannen in consultvoering, tijdrovend → specifiek verwijsprofiel opstellen	Beweegtool BOV ontwerpen + implementeren in consultaties	Meer sturing van het project van bovenaf nodig
Onduidelijke indicaties en contra-indicaties voor BOV	Beweegtool BOV met vermelding indicaties en contra-indicaties	Andere beroepsgroepen laten verwijzen
Omslachtige, tijdrovende verwijsprocedure	Gestructureerde verwijsbrief in EMD	Weinig beschikbaarheid van coaches buiten werkuren
		Kosten van het project → gratis maken
		Indien arts meer beweegt, kan dit patiënt stimuleren
		Gemakkelijker om te implementeren bij jonge huisartsen, meer flexibiliteit, nog minder routine
		Bij drukte in praktijk verdwijnt preventie op achtergrond, tijdgebrek
		Praktijkverpleegkundige is meerwaarde voor uitleg BOV
		Vaak wisselende coaches in regio, soms moeilijke bereikbaarheid
		Huisartsen denken niet aan BOV → regelmatige herinnerin

Tabel 1: barrières en drempelverlagende factoren tot verwijzing

Volgende interventies zullen worden toegepast:

Campagnevideo

De huidige campagnevideo van Gezond Leven voor huisartsen (februari 2021) zal worden aangepast met meer informatie over de beweegcoach en de kostprijs van een sessie. Daarnaast ook verduidelijking hoe communicatie tussen arts en beweegcoach verloopt. Deze campagnevideo zal worden bezorgd aan alle deelnemende huisartsen via mailing.

De offerte voor deze aanpassingen werd reeds aangevraagd bij de organisatie 'Bewegen op Verwijzing'. In de loop van december 2021 zullen we te weten komen of deze aanpassingen effectief mogelijk zijn. Indien het niet mogelijk is de video aan te passen, zal de huidige campagnevideo worden bezorgd aan alle deelnemende artsen.

Coach zich laten voorstellen

Per regio zal de lokale beweegcoach telefonisch worden gecontacteerd met uitleg over het doel van deze studie. Vervolgens zal deze beweegcoach gestimuleerd worden zichzelf naar de deelnemende huisartsen te richten en zich persoonlijk te gaan voorstellen. Dit zou moeten worden uitgevoerd tussen de start van de studie en het eerste tussentijds evaluatiemoment.

Informatiefolder

De meest recente informatiefolder van juli 2021 'Wil je ook meer bewegen?' (annex 3) zal worden toegevoegd aan de bibliotheek van CareConnect bij de deelnemende huisartsen. Ook papieren versies zullen ter beschikking worden gesteld. Op deze recente folders staat de vermelding van de gehanteerde tarieven. Dit met als doel om eenvoudig praktische informatie te kunnen meegeven met de patiënt.

Beweegtool 'beweging in het dagelijks leven'

Er werd een beweegtool opgemaakt waarmee kan worden getoetst naar de mate van beweging in het dagelijks leven (annex 4). Deze tool werd gebaseerd op de aanbevelingen van de WHO omtrent beweging. Verdere

informatie voor het opstellen hiervan werd gehaald uit de website 'Gezond Leven'(14). Er werd gevraagd aan de deelnemende artsen deze tool te gebruiken wanneer patiënten komen voor levensstijladvies, jaarlijkse bloedafname of jaarlijkse controle. Zo wordt toetsen naar beweging geïntegreerd in de routine van dagelijkse consultvoering.

Deze tool zal bij de deelnemende huisartsen worden toegevoegd aan de bibliotheek van het EMD en gekoppeld aan een lijst met ICPC2 codes (annex 5). Hierdoor zal de beweegtool vlot kunnen worden geraadpleegd tijdens consultvoering.

Gestructureerde verwijsbrief in EMD

Er werd een nieuwe, gestructureerde verwijsbrief via een standaard sjabloon opgesteld. Deze zal worden geïntegreerd in het EMD van de deelnemende huisartsen (annex 6).

Project voorstellen in huisartsenpraktijk

Bij aanvang van de studie zal de rationale van de studie worden toelichten bij de artsen van subgroep 2 in hun huisartsenpraktijk. De informatiefolder, beweegtool en verwijsbrief zullen in bijzijn van de deelnemende huisartsen in het EMD CareConnect worden geïmplementeerd. De onderzoekers zullen vragen dat alle openstaande patiëntendossiers gesloten worden, zodat zij in geen geval persoonlijke gegevens van patiënten te zien zullen krijgen tijdens de implementatie van deze tool en de verwijsbrief.

Follow-up

Naar de deelnemende huisartsen zullen twee vragenlijsten worden verstuurd om de toegepaste interventies te evalueren: een tussentijdse vragenlijst en een eindevaluatie.

- Subgroep 1: tussentijdse evaluatie (annex 7), eindevaluatie (annex 8)
- Subgroep 2: tussentijdse evaluatie (annex 9), eindevaluatie (annex 10)

In deze vragenlijsten zullen zowel gesloten vragen - met verzamelen van ordinale data - als open vragen worden gesteld.

Deze vragenlijsten zullen worden opgemaakt via Qualtrics. De link naar de vragenlijsten zullen samen met een unieke code voor elke huisarts worden doorgestuurd via mail. In het begin van elke vragenlijst zal worden gevraagd om deze unieke code in te vullen. Alle ingevulde vragenlijsten zullen worden bewaard op een door sterk wachtwoord beveiligde laptop. Het bestand waarin unieke codes aan de respectievelijke huisartsen zal worden toegewezen, zal worden bewaard op een andere laptop, beveiligd met een sterk wachtwoord.

Op het einde van deze masterproef zullen alle bestanden, namelijk de ingevulde vragenlijsten en het bestand met de codes, worden bezorgd aan de promotor. Deze zal de bestanden veilig bewaren gedurende 10 jaar, zoals vooropgesteld in de richtlijnen van de KU Leuven.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate in the study.

Inclusie

- Huisartsen uit eerstelijnszone Brugge.

- Huisartsen die CareConnect gebruiken als elektronisch medisch dossier.
- Huisartsen die geïnformeerde toestemming geven op basis van informatie doorgestuurd via mail.

Exclusie

- Huisartsen niet werkende in eerstelijnszone Brugge.
- Huisarten die geen gebruik maken van CareConnect als globaal medisch dossier.

5.2 Sample size and population

Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size and how it relates to the total population. Does the ratio between sample size and population size makes it easy to identify participants? In case of working with a small population describe which measures will be taken to prevent re-identification.

Voor het rekruteren van de deelnemende huisartsen zal worden gefocust op de eerstelijnszone (ELZ) van Brugge. Alle huisartsen uit deze ELZ zullen via mail worden gecontacteerd met de vraag om deel te nemen aan de studie (annex 1). Artsen zullen worden geïncludeerd bij positieve respons én wanneer deze beschikten over het medisch dossier CareConnect. De onderzoekers stellen een steekproefgrootte van een twintigtal huisartsen voorop. Indien dit doel niet wordt bereikt twee weken na initiële mailing, zullen de niet-responderende huisartsen telefonisch worden gecontacteerd via lottrekking in willekeurige volgorde. Dit tot een inclusie van een twintigtal huisartsen wordt bereikt.

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants, how this will happen, and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent form and survey.

Studenten zullen alle huisartsen uit ELZ Brugge persoonlijk uitnodigen tot deelname aan de studie via e-mail (annex 1). Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de geïnformeerde toestemming (ICF) (annex 11) te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het onderzoek en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker via e-mail of per post, zal implementatie van de interventies en de afname van de vragenlijsten van start gaan. Zowel in de ICF als bij de start van de vragenlijsten zal duidelijk worden vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

Artsen zullen worden geïncludeerd bij positieve respons én wanneer deze beschikten over het medisch dossier CareConnect. De onderzoekers stellen een steekproefgrootte van een twintigtal huisartsen voorop. Indien dit doel niet wordt bereikt twee weken na initiële mailing, zullen de niet-responderende huisartsen telefonisch worden gecontacteerd via lottrekking in willekeurige volgorde. Dit tot een inclusie van een twintigtal huisartsen wordt bereikt.

5.4 Expected duration

Specify the expected duration of the whole study and define the beginning and ending of the study for the study participant.

De duur van het volledige onderzoek wordt ongeveer geschat op negen maanden tijd. Dit gerekend vanaf het begin van het recruteren van de huisartsen tot het afnemen van de finale vragenlijst. We beogen de studie op te starten in maart 2022 en af te ronden in november 2022.

Voor de deelnemende huisartsen uit subgroep 1 zal de duur van het onderzoek beperkt worden tot het bekijken van een één tot twee minuten durende campagnevideo én het invullen van twee vragenlijsten. Het invullen van deze vragenlijsten zal maximaal tien munten in beslag nemen.

Voor de deelnemende huisartsen uit subgroep 2 zal de duur van het onderzoek meer tijd in beslag nemen:

- De persoonlijke voorstelling van de studie door de onderzoekers zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen.
- Het gebruik van de beweegtool wanneer patiënten komen voor levensstijladvies, jaarlijkse bloedafname of jaarlijkse controle zal ongeveer 2 minuten in beslag nemen per patiënt.
- Het voorstellen van de lokale beweegcoach wordt geschat op ongeveer 15 minuten.
- Het bekijken van de campagnevideo duurt één tot twee minuten
- Er zal gevraagd worden twee vragenlijsten in te vullen. Dit invullen zal maximaal 10 minuten per vragenlijst in beslag nemen.

6. ANALYSIS

Describe methods for data analysis in detail. Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases.

Verschillende vragenlijsten zullen worden afgenomen bij een twintigtal geselecteerde huisartsen (cfr. 5.2 Recruitment). Deze huisartsen worden verdeeld in twee gelijkwaardige subgroepen van beide een tiental artsen. Elke subgroep zal één tussentijdse vragenlijst met zowel open als gesloten vragen krijgen. Op het einde van de studie worden aan beide subgroepen een tweede vragenlijst voorgelegd met eveneens zowel gesloten als open vragen.

Na het invullen van deze digitale vragenlijsten zullen de gegevens worden verzameld en statistisch verwerkt via de SPSS-software. Voor de analyse van de ordinale data wordt gebruik gemaakt van de beschrijvende functies uit SPSS. De frequentieverdeling van de verschillende antwoorden zal worden gevisualiseerd via staafdiagrammen. Hierbij komen de categorieën (oneens – neutraal – eens) per vraag op de x-as en de frequenties op de y-as. Dit voor beide subgroepen. Ook de modus zal per vraag worden berekend.

De antwoorden op de open vragen zullen door beide onderzoekers afzonderlijk worden geanalyseerd. Er zal worden gezocht naar terugkerende thema's in deze antwoorden van de huisartsen. Beide onderzoekers zullen vervolgens hun analyse samenleggen en deze vergelijken.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. pseudonymisation or anonymization), how the data is safely stored, how the data is safely shared and what will happen to the data at the end of the project.

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie worden verzameld om de toegepaste interventies te kunnen evalueren. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat

noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zo niet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

Gegevens die identificatie van participanten mogelijk maken zullen worden gepseudonimiseerd. Dit betekent dat de persoonsgegevens op zo'n manier zullen worden verwerkt dat deze niet langer kunnen worden toegeschreven aan een specifiek persoon zonder het gebruik van aanvullende informatie. De directe link tussen de betrokkene en de dataset wordt evenwel niet verbroken, maar wordt gecodeerd a.h.v. een code. Deze code bevat noch de naam, noch de initialen, noch elementen die zouden kunnen leiden tot identificatie (bvb. geboortedatum of geboorteplaats). De codes zullen bewaard worden in een apart en versleuteld bestand, dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Dit bestand zal niet op dezelfde laptop of desktop bewaard worden als de databestanden.

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van:

- ~~☐ Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider~~
- ~~☐ REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven~~
- ~~☐ OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven~~
- ☐ **Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)**
- ~~☐ Andere, mits beargumentering, namelijk: ……~~

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

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

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

- He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected** and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;

- He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;

- He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data

- He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;

- He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.

- He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor. He/she will use **anonymisation** or **pseudonymisation** in order to limit the risks of data leaks and data loss.

- If pseudonymisation is used, he/she will treat the pseudonymisation **key** or the **encryption table** containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the **same confidentiality** as the original data. He/she will **never store the key or encryption table at the same device** (e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the pseudonymised data.

- Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at all times**.

- He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.

- When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.

- In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. **No separate privacy application should be submitted for this type of studies.**

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promotor who will be responsible for follow up. Please describe possible adverse events following your research and confirm that the name of the Principal Investigator and other relevant point of contacts have been integrated in the ICF to the participants.

Er zijn geen risico's gebonden aan dit onderzoek voor de deelnemers.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the institution or department where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study. If applicable, please confirm this approval and give the essential contact information.

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

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

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

12. REFERENCES

Please add references here

1. World Health Organization., Every move counts towards better health – says WHO. WHO News (2020), (available at https://www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who).

2. D. E. R. Warburton, Health benefits of physical activity: the evidence. Can. Med. Assoc. J. **174**, 801–809 (2006).

3. I.-M. Lee et al., Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. **380**, 219–229 (2012).

4. Public Health Agency Sweden namens het EUPAP consortium, EUPAP FYSS-short Lichaamsbeweging bij de preventie en de behandeling van ziektes (2019).

5. WHO, Global Health Risks (2009; http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

6. WHO, Global Recommendations on Physical Activity for Health (2010; https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf).

7. WHO, Belgium: Physical activity factsheet. Integr. Nutr. Ther., 439–470 (2018).

8. J. Withall, R. Jago, K. R. Fox, Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: A mixed methods study. BMC Public Health. **11** (2011), doi:10.1186/1471-2458-11-507.

9. Riso Vlaams-Brabant, Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt, Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift, 84 (2012).

10. D. Medica, Bewegen op verwijzing, (available at www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing).

11. Bewegen Op Verwijzing in cijfers, (available at https://www.gezondleven.be/files/bov/cijfers-bov.pdf).

12. I. Leuven, BOV met succes verbreed! Dataverwerking Project Bewegen op Voorschrift in Leuven, 2013–2014 (2015).

13. D. S. Liese, K. U. Leuven, ' Bewegen Op Verwijzing ' : Een evaluatie door de huisarts . (2020).

14. Matig intensief bewegen - Vlaams instituut gezond leven, (available at https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/matig-intensief-bewegen).

13. ANNEXES

*1. A template of **the ICF** has been developed and is available on https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten or https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en. This must be used as a basis and adapted where necessary.*

In case an alternative template is being used, a motivation should be provided here.
Please copy your ICF here.

*2. Please add the **questionnaire**. An approval will not be given if an application doesn't contain the questionnaire.*

*3. Every **advertisement, flyer, poster**, etc. that will be used in the study should be added.*
*If recruitment will be done through **social media** or by **mail**, please also add the text or illustration that will be used.*

4. Other (if applicable)

Zie origineel

ANNEX 13: GUNSTIG ADVIES ETHISCHE COMMISSIE

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

English version below.

Ons kenmerk: MP018416
Uw kenmerk: Masterproef studie: Ontwikkeling en evaluatie van een implementatieplan voor Bewegen op Verwijzing
Leuven, 25-01-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Mieke Vermandere
Geachte Astrid Claeys, Liesbeth De Spiegeleer

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 25-01-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedgek

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

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 30-12-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

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

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

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

ANNEX 14: PERSOONLIJKE REFLECTIE ASTRID CLAEYS

Wanneer we te horen kregen dat het mogelijk was om de masterproef tijdens onze ma-na-ma huisartsgeneeskunde samen met een andere HAIO te doen, maakten Liesbeth en ik al snel de keuze om deze uitdaging samen aan te gaan. We hadden al eerder tijdens de bachelor- en masteropleiding geneeskunde samengewerkt, zowel voor verschillende taken als op een aantal stageplaatsen. We kennen elkaar goed en weten dat we gelijkaardige visie delen en elkaar goed aanvullen.

Het zoeken naar een onderwerp was niet eenvoudig, omdat we beiden iets zochten dat nauw aansloot bij onze interesses. Op het moment dat we het onderwerp dienden door te geven, gingen we twee- tot driemaal per week samen joggen. In één van deze loopsessies kwamen we tot de conclusie dat we graag rond beweging zouden werken voor onze masterproef. Hierna zijn we wat gaan grasduinen in de reeds afgeronde masterproefprojecten en al snel stuitten we op de masterproef van Liese De Smyter. We leerden het project 'Bewegen Op Verwijzing' kennen en merkten dat Liese De Smyter in haar masterproef heel wat drempels tot verwijzing naar BOV had opgemerkt. Dit gaf ons het idee om in onze masterproef op deze drempels in te spelen via een interventionele studie. Eens dit idee werd goedgekeurd door onze promotor, konden we aan de slag.

We startten met een grondig literatuuronderzoek rond beweging in het algemeen en het nut hiervan in de preventie en aanpak van verschillende chronische ziektes. Ook het ontstaan, de opzet en het doel van het project 'Bewegen Op Verwijzing' gingen we grondig na in de literatuur. Hierna legden we ons afzonderlijke literatuuronderzoek samen en bepaalden we een kapstok voor de uitwerking van de inleiding. We beslisten om elk een deel uit te schrijven en daarna het door de ander uitgewerkte deel te herlezen en herwerken qua inhoud en qua taalgebruik. Zo kwamen we telkens tot een mooi geheel.

Voor het opstellen van de onderzoeksmethode bepaalden we samen wat onze eigen visie hierop was. Deze visie hebben we dan elk afzonderlijk met onze praktijkopleiders en andere artsen uit onze opleidingspraktijken overlegd. Verder bespraken we onze onderzoeksmethode ook met onze promotor en met Luc Lipkens, coördinator van BOV, en Pieter Metsu, een lokale beweegcoach uit Brugge. Zo kregen we van verschillende personen nuttige input en konden we een kapstok voor onze onderzoeksmethode uitwerken. Voor het uitschrijven van de onderzoeksmethode werkten we op dezelfde manier als voor het uitschrijven van de inleiding, namelijk eerst elk afzonderlijk één deel uitschrijven en daarna het uitgeschreven deel van de ander herwerken.

Ook het opstellen van de verschillende tools deden we samen. We bespraken samen welke aanpassingen we juist wilden aan de campagnevideo en hoe we de beweegtool en verwijsbrief wilden opstellen, gebaseerd op de bevindingen uit de masterproef van Liese De Smyter en ons literatuuronderzoek. De aanpassingen aan de campagnevideo werden verwezenlijkt door de organisatie 'Bewegen Op Verwijzing' zelf. Liesbeth stelde de beweegtool op en ik zocht een manier om een standaardsjabloon in CareConnect te maken voor de verwijsbrief. Gezien het opstellen van de beweegtool meer werk was dan het opstellen van de verwijsbrief, heb ik op dat moment wat meer tijd gestoken in de aanvraag voor het ethisch comité. Daarna stuurde Liesbeth dit achteraf natuurlijk ook nog bij.

Voor de rekrutering van de artsen stelden we samen de verschillende e-mails op. Gezien er weinig initiële respons was, hebben we daarna elk afzonderlijk heel wat artsen opgebeld om deze te motiveren tot deelname aan onze studie.

Daarna kon onze studie echt van start gaan. We deelden de artsen op in twee subgroepen en stuurden hen de campagnevideo op. Bij subgroep 2 werden de praktijkbezoeken gepland en daarna bezochten Liesbeth en ik elk de helft van de praktijken.

Ook de vragen van de evaluerende vragenlijsten hebben we samen bepaald. Het opstellen van de vragenlijsten in qualtrics verdeelden we onder elkaar. Nadat de artsen de vragenlijsten hadden ingevuld hebben we ook elk een deeltje van de antwoorden in SPSS geïmplementeerd.

Voor het uitschrijven van de resultatensectie hebben we opnieuw samen een kapstok bepaald. Grafieken opstellen werd voornamelijk door mij gedaan, terwijl Liesbeth de tekst heeft uitgewerkt en gefinaliseerd.

Voor de discussie gingen we opnieuw op dezelfde manier te werk. We bepaalden samen een kapstok over wat we juist in de verschillende deeltjes wilden schrijven. Daarna werkte Liesbeth de samenvatting van de resultaten en het vergelijkende literatuuronderzoek uit, terwijl ik de sterktes en zwaktes en implicaties uitschreef. We hebben daarna nog enkele inhoudelijke zaken aan elkaars werk toegevoegd om zo tot een mooi geheel te komen. De conclusie schreven uiteindelijk nog samen. Het opstellen van de referenties m.b.v. Mendeley werd door mij gedaan, omdat ik heel vlot overweg kan met dit programma.

Ik kan dus concluderen dat we tijdens het verloop van onze masterproef een heel goede samenwerking hadden. Ik heb het gevoel dat we elk ons gelijke deel leverden aan de masterproef en we blijven even goede en zelfs betere vrienden na de verwezenlijking van dit uitdagende project.

Ik heb zeker het gevoel dat onze masterproef een positieve invloed kan hebben op ons werkveld als huisartsen. Ik vermoed dat iedere huisarts weet dat bewegen heel belangrijk is bij preventie en aanpak van chronische ziekten en dat huisartsen hun patiënten hier wel degelijk op aanspreken. Echter, het is moeilijk om als huisarts alleen het beweeggedrag van onze patiënten blijvend te veranderen. Huisartsen verwijzen reeds naar andere paramedici door vb. diëtist voor veranderingen in eetgedrag, psycholoog voor verandering in cognitie van de patiënt. Echter, er wordt nog veel te weinig gebruik gemaakt van de beweegcoach als partner van de huisarts om de patiënt te helpen blijvend meer te bewegen. Onze interventies kunnen een stap zijn in de richting om de beweegcoach kenbaarder te maken bij huisartsen, de indicaties en tegenindicaties voor 'Bewegen Op Verwijzing' duidelijker te stellen en de verwijsprocedure gemakkelijker en minder tijdrovend te maken. Op die manier kan in de toekomst ook de beweegcoach op gelijke hoogte komen te staan als de andere paramedici waartoe we verwijzen. En zo hoop ik dat we meer en meer ook het beweeggedrag van onze patiënten kunnen aanpakken om uiteindelijk meer mensen actief aan het bewegen te krijgen.

ANNEX 15: PERSOONLIJKE REFLECTIE LIESBETH DE SPIEGELEER

Voor de masterproef huisartsgeneeskunde hebben Astrid Claeys en ikzelf al snel beslist om samen te werken. We kennen elkaar intussen zo'n 14 jaar en zijn samen geneeskunde gestart aan de Kulak. In de afgelopen jaren hebben we verschillende keren samengezeten voor groepswerken en ook enkele stages hebben we intussen samen gevolgd. We besloten in de HAIO-jaren ook beiden om de opleiding sportgeneeskunde te beginnen. We kennen elkaar bijzonder goed, weten van elkaar hoe we te werk gaan, wat onze sterktes en zwaktes zijn en hoe we elkaar op een goede manier kunnen aanvullen. Deze kennis van elkaar leidde dan ook tot de samenwerking in dit project.

Het groepsproces verliep naar mijn mening bijzonder vlot. Het begon met het kiezen van een onderwerp. We zijn beiden geïnteresseerd in beweging en geloven in het gezegde "*een gezonde geest in een gezond lichaam*". Astrid en ikzelf beslisten dan ook om rond het thema lichaamsbeweging te werken en stuurden hiervoor een eerste e-mail naar onze promotor in december 2020. Het project Bewegen op Verwijzing (BOV) was mij al wat gekend omdat Pieter Metsu op mijn toenmalige stageplaats werkte als beweegcoach voor BOV. Na wat opzoekingswerk kozen we ervoor om een vervolgpaper te maken op de masterpaper van Liese De Smyter. Een eerste online meeting met onze promotor ging door in januari 2021 om dit verder te bespreken. In het voorjaar van 2021 volgden verschillende gesprekken met onze promotor, met coördinator van Instituut gezond Leven Luc Lipkens en beweegcoach Pieter Metsu. Dit vooral om ideeën uit te wisselen en de haalbaarheid te bespreken. Bij deze overleggen waren Astrid en ikzelf telkens beiden aanwezig. Uiteindelijk kwamen we eind april 2021 – na de nodige feedback – tot een vast idee waar we beiden achterstonden.

In de afgelopen maanden probeerden we gemiddeld éénmaal per maand samen te komen om vorderingen te bespreken en onszelf deadlines op te leggen. Dit afspreken ging probleemloos. We probeerden het werk evenwichtig en correct te verdelen met aandacht voor elkaars sterke en minder sterke punten. De inleiding schreven we samen. We zijn hiermee gestart in mei 2021. Ikzelf begon met het uitschrijven van de belangrijkste punten die erin moesten komen per paragraaf, waarna Astrid het in een eerste versie met referenties uitschreef. Deze versie herwerkten we verder tot we tevreden waren. Dit nam de nodige weken in beslag. In juni 2021 begonnen we aan de methode. We hebben dit in enkele maanden tijd proberen mooi uit te werken. Initieel was er te veel proza, waarna we het verschillende keren herwerkten en elkaars versie probeerden verbeteren. Astrid ging zich meer richten op de tekst zelf van de methode,

terwijl ikzelf meer werkte aan herschikking/uitwerking naar het format van een wetenschappelijk artikel.

In oktober 2021 werkten we aan de laatste versie van de methode en het document voor de ethische commissie (EC). Astrid hield zich vooral bezig met de EC, terwijl ik de methode verder finaliseerde. In die maand werden ook de interventies uitgeschreven en werd nogmaals overlegd met Luc Lipkens om deze interventies te bespreken. We probeerden zoveel mogelijk de taken gelijk te verdelen. Astrid stelde een informatiemail op voor huisartsen en ikzelf maakte de beweegtool in november 2021. De vragenlijsten stelden we samen op tijdens één van onze overlegmomenten. Ook de voorstellen tot aanpassen van de campagnevideo maakten we samen.

In het voorjaar van 2022 stuurden we een e-mail naar alle huisartsen van regio Brugge. Aangezien we weinig respons kregen belden we huisartsen op met de vraag om deel te nemen aan ons project. We spraken af op vaste dagen te bellen en evenveel huisartsen te contacteren. Beiden gingen we bij evenveel huisartsen op praktijkbezoek om ons project voor te stellen. We spraken duidelijk af wie naar welke huisarts zou gaan en wanneer. Zo bleven we op de hoogte van elkaars vorderingen. Dit verliep vlot. De e-mails sturen naar de huisartsen, beweegcoaches en naar de promotor deden we afwisselend.

Voor de uitwerking van de resultaten verdeelden we het werk. Astrid verwerkte de resultaten van de vragenlijsten via de SPSS software en stelde hieruit grafieken op. Ikzelf probeerde de resultaten zo goed mogelijk uit te schrijven in een wetenschappelijke tekst na feedback van onze promotor. Dit verliep goed. We gaven elkaar opmerkingen en stuurden elkaar bij waar nodig. Uiteindelijk finaliseerden we de resultaten in februari 2023. In die maand begonnen we ook met het uitschrijven van de discussie. Ook hier verdeelden we het werk. Ikzelf schreef de onderdelen ‘samenvatting resultaten’ en ‘vergelijking literatuur’, terwijl Astrid zich richtte op ‘sterktes en zwaktes’ en ‘implicaties’. Ook hier vulden we aan en verbeterden we waar nodig. De conclusie schreven we samen tijdens een overleg, net als het abstract. De uiteindelijke lay-out met inhoudstafel werd door mij gedaan (ook omdat ik dit graag doe).

Als algemene samenvatting zou ik graag vermelden dat het samenwerken voor deze masterpaper vlot verliep. We maakten duidelijke afspraken, stelden onszelf deadlines op, gaven feedback aan elkaar en deden zeker maandelijks een overleg.

Ik hoop dat deze masterpaper een aanzet mag zijn om in de toekomst de interventies die zinvol bleken toe te passen op grote schaal. Door het kleine deelnemersaantal kunnen we momenteel nog weinig besluiten trekken, maar ik geloof dat deze interventies toepassen bij een groter aantal huisartsen een positief effect kan hebben op het aantal verwijzingen. De deelnemende huisartsen aan deze studie zijn intussen al meer gekend met BOV, wat al een mooie start is.

BOV lijkt mij absoluut een zinvol project met goede resultaten bij de patiënten (wat al bleek uit eerdere evaluatierapporten), dus meer patiënten effectief verwijzen naar de beweegcoach lijkt mij zeker waardevol. Ik hoop dat er in de toekomst ook meer tijd en ruimte is voor huisartsen om projecten zoals BOV aan te halen, want tijdgebrek blijft een belangrijk struikelblok ondanks onze uitgevoerde interventies. Ik ben benieuwd wat nog komt voor het BOV-project, maar ook algemeen voor de huisartsgeneeskunde.