DE HUISARTS EN DE BEWEGINGSDESKUNDIGE:
EEN TOEKOMST ALS TEAM?

M. DESMEDT, A. BOGAERTS, B. AERTGEERTS, C. DELECLUSE

INLEIDING

Volgens de algemene richtlijnen van het American College of Sports Medicine (ACSM) zouden volwassenen gedurende minstens 30 minuten per dag op minimaal 5 dagen per week een middelmatige inspanning moeten leveren of gedurende minstens 20 minuten per dag op minimaal 3 dagen per week een intense fysieke inspanning moeten leveren om gezondheidsvoordelen te bekomen.[1] Die aanbeveling werd ook overgenomen in de Gezondheidsgids van Domus Medica.

Nochtans leidt wereldwijd meer dan 30% van de volwassenen een inactieve levensstijl. In 2009 werd fysieke inactiviteit door de WHO geïdentificeerd als de vierde belangrijkste risicofactor voor mortaliteit, in de ranglijst voorafgegaan door hypertensie, roken en hyperglycaemie. Fysieke inactiviteit zou in 2004 wereldwijd zelfs geleid hebben tot meer dan 3 miljoen vermijdbare sterfgevallen.[2]

In België zijn de cijfers echter niet beter: 25% van de Belgen doet helemaal niet aan lichaamsbeweging tijdens zijn vrije tijd en nauwelijks 34% van de Belgische bevolking houdt er een actieve levensstijl op na.[3]

Verschillende studies toonden reeds determinanten aan die bepalen of iemand al dan niet fysiek actief is: inactiviteit neemt toe met de leeftijd, is hoger bij vrouwen dan bij mannen en is ook meer uitgesproken in welvarende landen. Ook de gezondheidstoestand, de ervaren competentie (self-efficacy), het opleidingsniveau, de fysieke activiteit in het verleden en de etnische origine bepalen mee of iemand fysiek actief is. Er bestaan daarenboven wellicht ook genetische factoren die aanleiding geven tot fysieke (in)activiteit. [2,4]

Als huisarts hebben we bijgevolg de belangrijke opdracht om onze patiënten ervan te overtuigen een actieve levensstijl te leiden. Dat is echter niet zo eenvoudig. Een kort advies tijdens de consultatie heeft slechts een wisselend en meestal beperkt effect. De fysieke activiteit kan na een advies wel toenemen, maar dan vaak voor slechts een korte periode. [5,6]

Net zoals we rokers kunnen doorverwijzen naar een tabakoloog of obese patiënten naar een voedingsdeskundige, zouden we in de toekomst de fysiek inactieve patiënt kunnen doorverwijzen naar een *bewegingsdeskundige*. Zo'n expert is ideaal geplaatst om fysiek inactieve patiënten te helpen een actieve levensstijl aan te nemen en om hen te motiveren om op een medisch verantwoorde wijze te sporten en te bewegen. Dat alles via een persoonlijke begeleiding en advies op maat.

Momenteel voorzien de Vlaamse universiteiten een opleiding tot bewegingsdeskundige. Studenten aan de Faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen kunnen zich specialiseren in het domein *'Fysieke activiteit, fitness en gezondheid'*. Niet alle bewegingsdeskundigen hebben echter deze opleiding genoten. Voorlopig zijn bewegingsdeskundigen nog niet officieel erkend in de Belgische gezondheidszorg.

Het doel van dit onderzoek was tweeledig. Enerzijds onderzochten we of huisartsen geïnteresseerd zijn in een samenwerking met bewegingsdeskundigen. Anderzijds gingen we na wat hun verwachtingen zijn ten opzichte van die bewegingsdeskundige.

METHODE

Via de Huisartsenkring Dijle & Netevallei werden 210 artsen uit regio Mechelen via e-mail uitgenodigd voor een semigestructureerd interview. Aangezien slechts 1 huisarts zich daarvoor aanmeldde, werden vervolgens 50 van deze 210 huisartsen persoonlijk aangeschreven via e-mail of telefonisch uitgenodigd. 19 artsen reageerden positief op deze uitnodiging.
De artsen werden, zoals te zien is in tabel 1, geselecteerd met het doel een evenredige verdeling te krijgen in geslacht, jaren beroepsactiviteit, regio van beroepsactiviteit en solo- en groepspraktijken.

Tabel 1
Karakteristieken van de onderzoeksgroep (N=20)

Karakteristieken	n	%
Geslacht		
Man	12	60%
Vrouw	8	40%
Praktijkvoering		
Solo	4	20%
Duo	2	10%
Groep	14	70%
Locatie praktijk		
Stedelijk	8	40%
Landelijk	12	60%
Jaren beroepsactiviteit		
<10j	5	25%
10-19j	6	30%
20-29j	3	15%
30-39j	5	25%
40-49j	1	5%

Tijdens de periode van augustus 2012 tot en met december 2012 werden 20 huisartsen uit regio Mechelen persoonlijk geïnterviewd. De bevraging gebeurde aan de hand van een flowchart, welke in hoofdzaak bestond uit het scoren van stellingen aan de hand van een Likertschaal (gaande van 1 (helemaal niet akkoord) tot en met 5 (helemaal akkoord)). De artsen werden ook gevraagd hun score kort toe te lichten. Tijdens het interview werd er gepeild naar hoe vaak de artsen bewegingsadvies geven of ze patiënten soms doorverwijzen voor bewegingsadvies en of ze al eens contact hebben gehad met een bewegingsdeskundige. Vervolgens werd gevraagd of ze een bewegingsdeskundige als een meerwaarde zouden ervaren voor hun medisch handelen, hoe zij die samenwerking dan zouden zien, wat zij verwachten van zo'n bewegingsdeskundige en welke patiënten zij zouden doorverwijzen. Tenslotte werden de gegevens verwerkt met behulp van Excel.

RESULTATEN

Huidige situatie

90% van de ondervraagde artsen verklaart minstens één maal per dag bewegingsadvies te geven. 70% van de artsen verwijst zijn patiënten daarvoor ook door: 14 van de 20 artsen verwijzen patiënten door naar een kinesist en 8 van hen adviseren hun patiënten om naar een fitnesscentrum te gaan. De sportclub werd als doorverwijskanaal slechts één maal aangehaald. Slechts één arts heeft al eens contact gehad met een bewegingsdeskundige.

Meerwaarde van de bewegingsdeskundige

Alle huisartsen zijn het er mee eens dat een bewegingsdeskundige een meerwaarde kan betekenen in hun medisch handelen (70% is eerder akkoord, 30% van de artsen is helemaal akkoord).

Figuur 1: Meerwaarden van de bewegingsdeskundige volgens de huisartsen



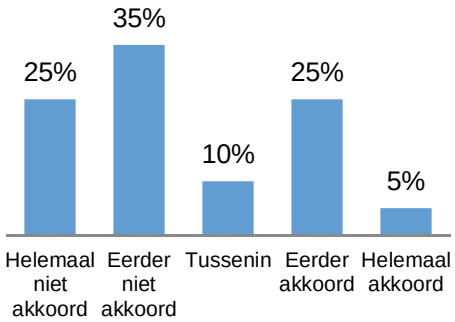
Het eigen tijdsgebrek om advies te geven wordt daarvoor als belangrijkste reden aangehaald (zie figuur 1). Bovendien gaan de artsen ervan uit dat de bewegingsdeskundige beter is opgeleid om bewegingsadvies te geven. Ook de opvolging en begeleiding door de bewegingsdeskundige zijn een meerwaarde voor veel artsen. Verder werden ook de bekwaamheid van de bewegingsdeskundige om te kunnen motiveren, de kennis om een concreet bewegingsplan op te stellen, de *know-how* om langdurige gedragsverandering te realiseren en de rol van de bewegingsdeskundige als een soort van toezichthouder aangehaald als vormen van meerwaarde. 20% van de artsen stelt dat bewegingsbegeleiding bovendien niet tot het takenpakket van een huisarts behoort.

Samenwerking

Tijdens het interview werd aan de artsen gevraagd op welke wijze zij de samenwerking met de bewegingsdeskundige zouden zien.
Zo wenst 80% van de ondervraagde artsen feedback te krijgen over de vorderingen van hun patiënt en dat bij voorkeur via een elektronisch verslag.

Om voor de patiënt de drempel tot bewegingsbegeleiding zo laag mogelijk te houden, werd aan de artsen een systeem voorgesteld waarbij de arts de contactgegevens van de patiënt zou doorgeven aan de bewegingsdeskundige, zodat die vervolgens zelf contact zou kunnen opnemen met de patiënt.
De meningen van de huisartsen lopen daarover erg uiteen zoals te zien is in figuur 2. Zij die niet akkoord gaan, halen als belangrijkste argumenten aan dat de patiënt zelf zijn motivatie moet tonen om de begeleiding te volgen en dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid moet opnemen voor zijn gezondheid.

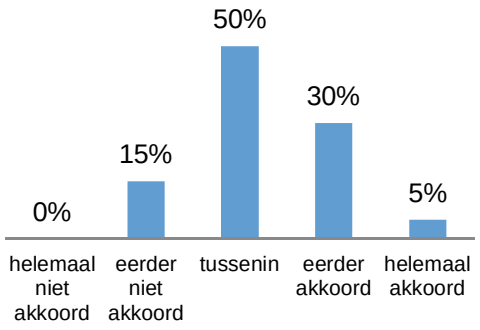
Figuur 2: Ik verwacht dat de bewegingsdeskundige zelf mijn patiënt contacteert om het programma op te starten (% artsen)



Over de intensiteit van de samenwerking met de bewegingsdeskundige spreken de huisartsen zich niet nadrukkelijk uit en lopen de opinies meer uiteen, zoals te

zien is in figuur 3. Slechts 25% van de artsen wenst tenslotte ook zelf inspraak te hebben in het bewegingsprogramma.

Figuur 3: Ik verwacht intens samen te werken met de bewegingsdeskundige (% artsen)



Verwachtingen van de huisarts

Met een gemiddelde score van 4,75 op een schaal van 5 is het duidelijk dat de artsen ervan overtuigd zijn dat het de taak is van een bewegingsdeskundige om een patiënt te overtuigen een actieve levensstijl aan te nemen. Er bestaat bij de huisartsen eveneens geen twijfel over dat de bewegingsdeskundige de patiënt moet informeren over blessurepreventie ($\bar{x}$=4,55). Er bestaat echter wel onenigheid over het feit of de bewegingsdeskundige de patiënt moet helpen een sport te vinden die voor hem geschikt is: 15% van de artsen vindt dat dit niet het hoofddoel mag zijn ($\bar{x}$ = 4,35).

Er bestaat tevens onenigheid over het geven van voedingsadvies en het begeleiden van gewichtsverlies. Met een gemiddelde score van 3,05 op de vraag of de bewegingsdeskundige voedingsadvies moet geven, wordt duidelijk dat daarover geen eensgezindheid bestaat. 25% van de artsen vindt dat zoiets absoluut niet tot het takenpakket van de bewegingsdeskundige behoort; de overige 75% sluit het echter niet volledig uit. De voorstanders van het geven van voedingsadvies argumenteren dat de bewegingsdeskundige een totaalpakket in lifestylebevordering kan aanbieden, zoals een *lifestylecoach* doet. De tegenstanders halen als argumenten aan dat daar enerzijds al voedingsdeskundigen voor bestaan en dat anderzijds bewegingsdeskundigen daar niet voldoende voor opgeleid zouden zijn. De artsen stonden iets positiever tegenover het idee dat de bewegingsdeskundige de patiënt zou helpen gewicht te verliezen ($\bar{x}$ = 3,55).

Doelgroep

Ten slotte vroegen we de artsen welke patiënten ze zouden doorverwijzen naar de bewegingsdeskundige. Personen met obesitas, diabetes, hart- en vaataandoeningen, CVS, fibromyalgie, osteoporose en chronische rug-, nek- en schouderklachten scoorden hier het best met telkens een gemiddelde score tussen 4 en 5, zoals te zien is in tabel 2. De fysiek inactieve patiënten zonder medische problemen zouden eveneens kunnen worden doorverwezen.

Tabel 2
Aandoeningen waarvoor huisartsen patiënten zouden doorverwijzen naar een bewegingsdeskundige

Aandoening	Gemiddelde score (0-5)
Obesitas	4,9
Diabetes	4,7
Hart- en vaataandoeningen	4,45
CVS/Fibromyalgie	4,35
Osteoporose	4,25
Chronische rug-, schouder- en nekklachten	4,20
Inactieve patiënten zonder medische problemen	4,15
Claudicatio intermittens	3,9
Depressie	3,8
Reumatische aandoening	3,8
Slaapstoornissen	3,8
Kanker	2,7

BESPREKING

Meerwaarde van de bewegingsdeskundige

Hoewel de deelnemende huisartsen nog geen ervaring hebben met een bewegingsdeskundige, staan zij zeker positief tegenover een samenwerking. Een bewegingsdeskundige zou volgens de artsen een meerwaarde kunnen bieden omwille van: het tijdsgebrek van de artsen, de meer geschikte opleiding van de bewegingsdeskundige en het feit dat de bewegingsdeskundige beter in staat is de patiënt op te volgen en te begeleiden.

Verwijzingsprocedure

In 2009 kregen Leuvense huisartsen in het kader van een pilootproject gerealiseerd door de KU Leuven[7], de mogelijkheid fysiek inactieve patiënten door te sturen naar een bewegingsdeskundige. Toch ging minder dan de helft van de patiënten die een informatiefolder hadden gekregen met de contactgegevens van de bewegingsdeskundige, effectief naar de bewegingsdeskundige. Om tot een betere doorstroming te komen en de drempel voor de patiënt te verkleinen, werd gesuggereerd dat de huisarts de contactgegevens van de patiënt zou kunnen doorgeven aan de bewegingsdeskundige, zodat die vervolgens zelf contact zou kunnen opnemen met de patiënt. Die drempelverlagende aanpak bleek tijdens het pilootproject het meest succesvol te zijn (succesratio van 84.2% tegenover 39.6% tijdens de eerste periode). Meer dan de helft van de deelnemende artsen uit regio Mechelen (60%) ging echter niet akkoord met een systeem waarbij de bewegingsdeskundige zelf contact opneemt met de patiënt. De belangrijkste argumenten zijn dat de patiënt zelf motivatie moet tonen en dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid moet opnemen. Misschien had bovenstaande aanpak meer bijval gekregen indien de stelling anders werd geformuleerd: ñDe bewegingsdeskundige mag mijn patiënt contacteren om het beweegprogramma op te startenò in plaats van ñIk verwacht dat de bewegingsdeskundige mijn patiënt contacteert om het programma op te startenò

We merken ook op dat naargelang het onderzoek vorderde, de huisartsen het er steeds meer mee eens werden dat de doorverwijzing zo weinig mogelijk tijd in beslag dient te nemen. Vermoedelijk heeft dat te maken met de periode waarin de interviews werden afgenomen (van augustus tot en met december) en waarin bijgevolg de werkdruk in de praktijk ook toenam.

Voedingsadvies en gewichtsverlies

Uit de resultaten blijkt dat er bij de artsen geen eensgezindheid heerst over het al dan niet geven van voedingsadvies en het begeleiden van gewichtsverlies door de bewegingsdeskundige. Mogelijk heeft de formulering van de stelling de resultaten ook hier in de negatieve zin beïnvloed. Het zou kunnen dat de artsen zich meer akkoord met de stelling zouden hebben verklaard indien die geformuleerd werd als een mogelijkheid in plaats van een verwachting.

Beperkingen onderzoek

Door de eerder beperkte responsgraad (20/50), de kleine onderzoeksgroep (n=20) en de selectie van artsen in slechts 1 regio geven de resultaten van dit onderzoek ons maar een impressie van de opinie van de Vlaamse huisarts. We dienen voorzichtig te zijn indien we de resultaten wensen te vertalen op nationaal niveau. Aangezien de deelname aan het onderzoek op vrijwillige basis gebeurde, zullen artsen die minder of niet geïnteresseerd zijn in bewegingspromotie bovendien misschien niet vertegenwoordigd zijn in de onderzoeksgroep. Verder werden de resultaten slechts door één

persoon geïnterpreteerd, wat misschien tot een zekere interpretatiebias heeft geleid. Ten slotte zijn in de onderzochte regio geen bewegingsdeskundigen actief waardoor de artsen geen eerdere ervaring hebben met bewegingsdeskundigen en bijgevolg een foutieve opvatting kunnen hebben van deze expert.

BESLUIT

Momenteel hebben huisartsen weinig opties als ze patiënten wensen door te verwijzen voor bewegingsbegeleiding. Ze schakelen daarvoor momenteel fitnesscentra, kinesisten of sportclubs in. Voor een groot aantal fysiek inactieve patiënten ligt de drempel echter nog te hoog.

Hoewel de deelnemende artsen uit regio Mechelen nog geen ervaring hebben met bewegingsdeskundigen, zijn ze wel enthousiast om in de toekomst samen te werken. Hun eigen gebrek aan tijd en hun gebrek aan gerichte opleiding halen zij als belangrijkste argumenten aan. Ze verwachten dat de bewegingsdeskundige hun patiënt kan helpen om een actieve levensstijl aan te nemen, hen kan bijstaan om een sport te vinden die voor hen geschikt is en dat de bewegingsdeskundige hun patiënt informeert over blessurepreventie. De meeste artsen zouden ook graag feedback ontvangen over de vorderingen van hun patiënt. Vermoedelijk mogen we met enige voorzichtigheid deze resultaten ook vertalen naar het Vlaamse landschap.

Hoe de doorverwijzing naar de bewegingsdeskundige precies dient te gebeuren en of die bewegingsdeskundige misschien ook een *lifestylecoach* kan zijn, daar bestaat onder de artsen voorlopig nog geen duidelijkheid over.

Hoewel het concept van bewegingsbegeleiding bij de meeste huisartsen nog relatief onbekend is, toont dit onderzoek dus aan dat er ook bij hen zeker interesse is om een samenwerkingsverband uit te bouwen.

Literatuur

1 Haskell WL, Lee IM, Pate RR et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1423-34.

2 Hallal PC, Andersen LB, Bull FC et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet* 2012;380(9838):247-57.

3 Bayingana K, Demarest S, Gisle L et al. Gezondheidsenquête door Interview België 2004; www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/EPINL/crospnl/hisnl/his04nl/his31nl.pdf (laatst geraadpleegd op 9 april 2013)

4 Bauman AE, Reis RS, Sallis JF et al. Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet* 2012;380:31-44.

5 Van Royen P, Bastiaens H, Dhondt A et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* 2006;35:118-40.

6 Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2003;326(7393):793-798.

7 Delecluse C, Boen F, Van Den Bosch H et al. Via de huisarts naar de bewegingsdeskundige: Ondersteuning van sportparticipatie buiten het georganiseerd aanbod, 2008. Niet gepubliceerd.