Effect van bewegen en gebruik van “Bewegen op Verwijzing” bij depressie door huisartsen

Kimberly Colin, Universiteit Antwerpen

Seppe Everaert, Universiteit Antwerpen

Deniz Önder, Universiteit Antwerpen

Hans Vaerten, Universiteit Antwerpen

Promotor: Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren:
Ilse Lamers, Universiteit Hasselt
Liselot Thijs, Universiteit Hasselt

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

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

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

ABSTRACT

Context

Depressie is een frequent voorkomende aandoening in de Belgische populatie. Huisartsen hebben dan ook een belangrijke rol in het diagnosticeren en behandelen van deze patiënten. Psychotherapie en medicatie vormen de hoeksteen van deze behandeling. Lichaamsbeweging kan een rol spelen in het behandeltraject voor een depressie. Bewegen op Verwijzing (BOV) zou een nuttige tool kunnen zijn voor huisartsen en andere zorgverleners om dit dan ook praktisch toe te passen bij patiënten.

Onderzoeksvraag

Welke mogelijke barrières zijn er bij huisartsen om mensen met depressie te verwijzen naar BOV? Bijkomend onderzochten we het effect van bewegen op depressie.

Methode

Er werd een mixed methods studieopzet gehanteerd. Enerzijds werd een literatuurstudie uitgevoerd om het effect van bewegen bij mensen met een depressie te onderzoeken. Hierbij werden de databanken Pubmed, Cochrane, EBpracticenet en Cebam geraadpleegd. Anderzijds vond er ook een tweeledige interventie plaats. Bij het eerste deel werd een vragenlijst doorgestuurd naar huisartsen in Antwerpen om te peilen naar hun doorverwijsgedrag naar BOV bij mensen met een depressie. In het tweede deel van de interventie werd er door de vier onderzoekers een zelfmonitoring gedaan, waarbij het eigen doorverwijsgedrag en barrières werden bijgehouden.

Resultaten

In de literatuurstudie werden 30 artikelen geïncludeerd. Verschillende studies tonen een positief effect van beweging op depressie aan bij volwassenen en ouderen. Dit effect bleek gelijkwaardig te zijn aan dat van medicamenteuze of psychotherapeutische interventies. Zowel individuele trainingen als groepstrainingen zijn effectief met elk voor- en nadelen. De Belgische richtlijn geeft een voorkeur aan groepstrainingen. Het beste trainingsprogramma is datgene dat duurzaam en haalbaar is voor de patiënt. Digitale opvolging kan een effectieve manier zijn om in contact te blijven met de patiënt. Uit de vragenlijst concluderen we dat depressie een veel voorkomende pathologie is bij de bevraagde huisartsen. Het positief effect van beweging op het verloop van depressie is bij velen gekend, hoewel de praktische toepassing vaak moeilijk blijkt. BOV als hulpmiddel wordt nog maar weinig toegepast door hen. Uit de zelfmonitoring kwamen enkele barrières voor een doorverwijzing naar boven, zoals weinig intrinsieke motivatie van de patiënt of suïcidaliteit.

Conclusie

Fysieke activiteit blijkt een goede behandeloptie te zijn bij patiënten met depressie en kan extra meerwaarde bieden bovenop andere behandelingen zoals psychotherapie en medicatie. BOV kan hierbij een nuttige tool zijn voor huisartsen om dit concreet toe te passen, en ook deze behandeloptie te implementeren in hun beleid.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 5

1.1 Wat is Bewegen op Verwijzing? 5

1.2 Oriënterend onderzoek 5

1.3 Hoe is het ontstaan? 5

1.4 Hoe werkt Bewegen op Verwijzing? 6

1.5 Bewegen op Verwijzing in cijfers 7

1.6 Europees en Zweeds model 8

1.7 Depressie en effect van bewegen 8

2. METHODOLOGIE 9

2.1 Literatuurstudie 9

2.2 Interventie 9

3. RESULTATEN 11

3.1 Aanpak literatuurselectie 11

3.2 Effect van beweging op depressie bij volwassenen 12

3.3 Effect van beweging op depressie bij ouderen 12

3.4. Effect van de intensiteit van beweging 13

3.5 Effect van groepstraining versus individuele training 14

3.6 Effect van digitale opvolging 14

3.7 Resultaten van de vragenlijst 15

3.8 Resultaten van de zelfmonitoring 16

4. DISCUSSIE 18

5. SWOT ANALYSE 20

6. BESLUIT 20

7. REFERENTIES 21

8. BIJLAGEN 24

Bijlage 1: Interview met BOV-coach Willem de Wever 24

Bijlage 2: Zoekstrategie PubMed 26

Bijlage 3: Zoekstrategie Cochrane 26

Bijlage 4: De gebruikte vragenlijst voor artsen 27

Bijlage 5: Overzicht van de geïncludeerde artikelen 29

Bijlage 6: Lijst van de antwoorden op de open vragen van de vragenlijst 36

Bijlage 7: Overzicht van de resultaten van de zelfmonitoring 43

Bijlage 8: Persoonlijke reflecties 44

1. INLEIDING

1.1 Wat is Bewegen op Verwijzing?

Bewegen op Verwijzing (BOV) is een initiatief van de Vlaamse Overheid Departement Zorg dat gecoördineerd wordt door het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Dit project is van start gegaan in 2017 (1). BOV heeft als doel om mensen die onvoldoende bewegen of bepaalde gezondheidsrisico's hebben te begeleiden naar een gezonder en actiever leven met behulp van professionele begeleiding en een beweegplan. Een BOV-coach, ook wel beweegcoach genoemd, helpt de patiënten bij het opstellen van een beweegplan op maat en motiveert hen om meer te bewegen (2).

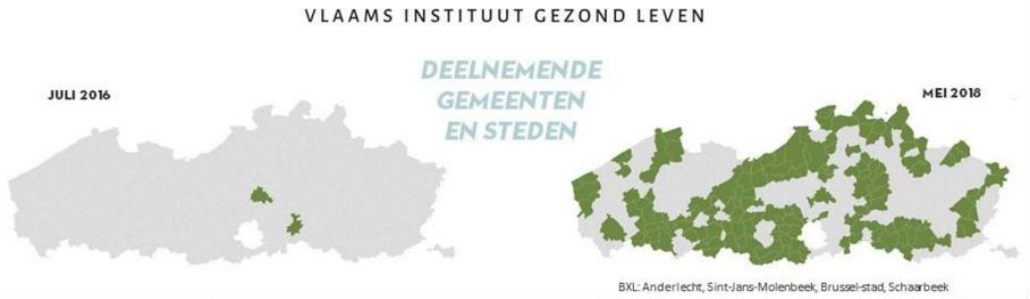
1.2 Oriënterend onderzoek

Om in te werken en eerste kennis te vergaren over het project werden de websites van de Vlaamse overheid en Vlaams instituut Gezond Leven doorzocht. Hierbij werd er specifiek gekeken naar het ontstaan van het project, praktische werking, financiële uitwerking van het BOV-project en statistische cijfers. Bijkomend werd contact opgenomen met een beweegcoach voor een kort oriënterend interview om meer inzicht te krijgen over het verloop van een BOV-traject (bijlage 1). Tenslotte werden voorgaande masterproeven met als onderwerp "bewegen op verwijzing" geraadpleegd via de databank masterproeven van het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding (ICHO).

1.3 Hoe is het ontstaan?

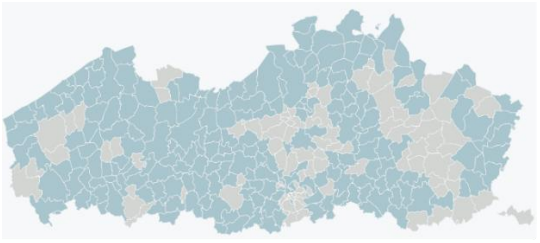
In 2010 heeft het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt in Leuven de BOV-methodiek ontwikkeld op basis van gesprekken tussen artsen en patiënten. Hierbij kregen ze de steun van het regionaal instituut voor samenlevingsopbouw (RISO) Vlaams-Brabant vzw. In februari 2010 werd een beweegtraject voor 50 deelnemers uitgewerkt waarbij voor elke deelnemer een individueel beweegplan werd opgesteld. Dit aantal steeg naar 300 in 2014. De interesse voor dit project groeide ook in andere regio's. Het Vlaams Instituut voor Gezond Leven nam daardoor de opdracht over om het traject te integreren over heel Vlaanderen en Brussel (3, 4).

In 2016 werd het project uitgerold in Leuven en Mechelen. Stilaan hebben verschillende gemeenten binnen een zorgregio ook een aanvraag ingediend om het aanbod in hun regio uit te breiden. Op deze manier kregen de kleinere steden meer bevoegdheden voor het implementeren van dit project in de eigen gemeente. In 2018 was BOV uitgebreid naar 44 regio's en 131 gemeenten (figuur 1). In dat jaar heeft Vlaanderen een eerste analyse gemaakt van dit project (5).



Figuur 1: Overzicht van de deelnemende gemeenten in 2018 (5).

Het werkingsgebied van BOV was in 2021 fors uitgebreid: het aantal gemeenten is toegenomen tot 217. Tevens was 57% van het Brusselse grondgebied toegetreden tot BOV (figuur 2) (6).



Figuur 2: Overzicht van de deelnemende gemeenten in 2021 (6).

In 2024 waren er in 255 gemeenten een beweegcoach aanwezig. In 46 gemeenten in Vlaanderen en Brussel is het project nog niet geïmplementeerd. Deze cijfers zijn gebaseerd op een eigen telling aan de hand van de gegevens op de website van Gezond Leven (7).

1.4 Hoe werkt Bewegen op Verwijzing?

Patiënten kunnen aan het traject starten na doorverwijzing van één van de bevoegde zorgverleners. Kandidaten zijn mensen uit Vlaanderen of Brussel-Hoofdstad die de aanbevelingen rond lichaamsbeweging niet bereiken en te lang stilzitten in het dagelijks leven (8, 9). De zorgverlener kan op de verwijsbrief ook aangeven of de patiënt lijdt aan een bepaald ziektebeeld, zoals diabetes, obesitas, ziekte van Parkinson, migraine of depressie, ... Het hebben van een pathologie is echter geen vereiste om te kunnen deelnemen aan het project (10). De patiënt kan dan met zijn verwijsbrief contact opnemen met een beweegcoach in zijn buurt om een eerste gesprek te plannen.

Beweegcoaches beschikken over één van volgende diploma's:

- Master in de lichamelijke opvoeding en bewegingswetenschappen
- Master in de revalidatiewetenschappen en kinesitherapie of erkend zijn als kinesitherapeut
- Bachelor in sport en bewegen
- Bachelor in de lichamelijke opvoeding en bewegingsrecreatie
- Bachelor in de revalidatiewetenschappen en kinesitherapie

Voordat ze de titel van beweegcoach kunnen krijgen dienen ze eerste een driedaagse opleiding te volgen bij het Vlaams Instituut Gezond Leven (11).

Sinds 2022 kunnen de volgende zorgverleners patiënten doorverwijzen naar een beweegcoach (8):

- Arts
- Podoloog
- Psycholoog
- Diëtist
- Kinesitherapeut
- Verpleegkundige
- Ergotherapeut
- Apotheek
- Maatschappelijk werker
- Vroedvrouw

Een verwijsbrief omvat volgende gegevens: identificatie van verwijzer (o.a. discipline, riziv-nummer, naam), gegevens van de patiënt (o.a. naam, postcode, recht op verhoogde tegemoetkoming), reden van verwijzing en/of aanwezige pathologie(ën).

Dit project werkt met een puntensysteem. De Vlaamse overheid zorgt voor een gedeeltelijke tussenkomst in de kosten. Elke deelnemer heeft recht op 84 punten per kalenderjaar en dit twee jaar lang (9). Als deze punten zijn opgebruikt, is verdere begeleiding niet meer terugbetaald.

De begeleiding gebeurt individueel of in groepssessie. Individuele begeleiding kost per kwartier drie punten, terwijl een groepssessie één punt per kwartier kost. Op jaarbasis komt dit neer op een totaal van zeven uur individuele begeleiding of eenentwintig uur groepssessies. Deelnemers kunnen steeds wisselen tussen individuele en groepssessies.

De volgende tarieven worden gehanteerd voor sessies binnen deze 84 punten (tabel 1): maximaal 5 euro per kwartier individuele begeleiding en maximaal 1 euro per kwartier groepsbegeleiding. Mensen met een verhoogde tegemoetkoming betalen nog minder (9). Een bijkomende vergoeding wordt uitbetaald aan de beweegcoaches via het InterMutualistisch Agentschap. Voor individuele begeleiding is dit 11.75 euro of 15.75 euro voor respectievelijk mensen met of zonder verhoogde tegemoetkoming. Voor groepsbegeleiding zijn deze bedragen iets lager, namelijk 5.75 euro of 6.25 euro.

	Individuele begeleiding/15 min	Groepsbegeleiding/15 min
Verhoogde tegemoetkoming	Max. 1 euro	Max. 0.5 euro
Geen verhoogde tegemoetkoming	Max. 5 euro	Max. 1 euro

Tabel 1: kosten voor de patiënt (9).

1.5 Bewegen op Verwijzing in cijfers

In 2024 waren er 19.528 consultaties bij een beweegcoach, waarvan 86% in individuele begeleiding. In totaal waren er in dat jaar 3.812 nieuwe deelnemers. De vijf meest voorkomende redenen waren van meest naar minder frequent overgewicht/obesitas, lage rugpijn, hypertensie, artrose en mentale aandoeningen. 2.553 artsen verwezen minstens één persoon door. Van de andere hulpverleners verwezen de diëtisten het vaakst door (6). In de laatste cijfers werd niet vermeld hoe vaak de doelstelling behaald werd. Bij de vorige publicatie, in 2021, werden de persoonlijke doelstellingen door 85% van de deelnemers volledig behaald en 12% volbracht dit gedeeltelijk (6).

In voorgaande masterproeven werd door middel van kwalitatief onderzoek gevonden dat huisartsen verschillende barrières ervaren om patiënten door te verwijzen naar BOV. Zo zijn er patiëntgebonden, artsgebonden, praktijkgebonden en procesgebonden factoren die een rol spelen. Gebrek aan motivatie bij de patiënt (14, 16) en aanwezigheid van comorbiditeiten (16) zijn enkele patiëntgebonden factoren. De assumptie dat de patiënt niet gemotiveerd is om te bewegen is een barrière die door artsen verondersteld wordt (14, 16). Ook vertelden sommige artsen dat men zich niet vertrouwd voelde om beweegadvies te geven, omdat dit onvoldoende in de opleiding aan bod kwam (16). Andere artsen toonden geen interesse in beweging of hadden andere prioriteiten tijdens het consult (16). Er zijn ook praktijkgebonden factoren. Tijdsgebrek bij artsen vormt een belangrijke barrière (13, 14, 16). Ook zit dit nog niet geïmplementeerd in hun routinewerking wat het moeilijker maakt (13, 16). De ingewikkelde verwijsprocedure (13, 16), het gebrek aan concrete richtlijnen (16) en de kostprijs voor de patiënt (14, 16) zijn enkele procesgebonden barrières die artsen ervaren. De onbekendheid van het project bij de arts en de patiënt vormt ook een belangrijke barrière die vaak naar voren kwam (13, 14, 15, 16).

Naast een actievere levensstijl leidt BOV tot bijkomende positieve effecten: 64% van de deelnemers voelde zich beter, 70% komt meer buiten en 58% heeft meer contact met anderen. Ongeveer de helft van de deelnemers kon problemen beter aan. Bij een aanzienlijk deel is de slaap en de lichaamshouding ook verbeterd. Een derde eet gezonder en een vijfde kijkt minder tv. Ook op roken heeft BOV een effect: 15% heeft het roken verminderd (17).

1.6 Europees en Zweeds model

BOV is onderdeel van European Physical Activity on Prescription (EUPAP) (18). Dit is een initiatief van tien Europese landen om het Zweeds model (Physical Activity on Prescription, FaR) te implementeren. Deze tien landen zijn: Portugal, Zweden, Spanje, Roemenië, Duitsland, Litouwen, Denemarken, Italië en Malta (19). Door in te zetten op meer lichaamsbeweging wil men goede gezondheid promoten en bepaalde ziekten voorkomen (18). Het Zweeds model bestaat meer dan twintig jaar en heeft reeds een positieve impact op de gezondheid en fysieke activiteit aangetoond (20).

Het Zweeds model bevat vijf basiskenmerken: de verwijsbrief, persoonsgerichte coaching, follow-up, ondersteuning van een netwerk buiten de zorg en beweegrichtlijnen per pathologie. Het laatste is voor Vlaanderen minder concreet (21). De richtlijnen per pathologie zijn wetenschappelijk onderbouwd en samengevat in Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease (FYSS) (20). Hierin wordt beschreven wat het effect is van lichaamsbeweging per ziektebeeld. Dit is essentiële kennis wanneer men beweging aanraadt aan patiënten. In Zweden kunnen alle zorgverleners met adequate expertise patiënten verwijzen (20).

1.7 Depressie en effect van bewegen

Mentale gezondheidsproblemen zijn wereldwijd een van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit en verminderde levenskwaliteit (22). Uit de BELHEALTH-studie van Sciensano uit 2023 blijkt dat 19% van de Belgische volwassenen symptomen van angst vertoont en 17% heeft symptomen van depressie (23).

Onderzoek toont aan dat regelmatige beweging geassocieerd wordt met een verminderd risico op het ontwikkelen van depressie (24). Naast een preventieve rol heeft beweging ook een curatieve functie. Bij milde tot matige depressie kan beweging de symptomen even effectief verlichten als farmacologische behandeling of cognitieve gedragstherapie. Bij zware depressie bleek lichaamsbeweging als aanvulling op medicatie een matig bijkomend effect te hebben (24).

Enerzijds komt volgens de Belgische statistieken depressie frequent voor (23). Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat lichaamsbeweging een belangrijke rol speelt, zowel op curatief als preventief niveau bij depressie (24). Bewegen op Verwijzing is een goed alternatief om mensen in beweging te krijgen. Bij navraag bij het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw bleek dat in 2022 slechts 6% van de doorverwijzingen als reden depressie aangaf; wat overeenkomt met 478 patiënten. Dit cijfer bevat niet enkel doorverwijzingen door huisartsen, maar bijvoorbeeld ook door psychiaters en psychologen. In deze studie is het daarom de bedoeling om te onderzoeken welke de mogelijke barrières zijn bij huisartsen om mensen met depressie te verwijzen naar BOV, bij zij die de aanbevelingen van lichaamsbeweging niet bereiken. Om een antwoord te zoeken op de onderzoeksvraag werd een mixed methods studieopzet gehanteerd.

2. METHODOLOGIE

2.1 Literatuurstudie

Enerzijds werd een literatuurstudie uitgevoerd, met als doel een omkadering te geven over het effect van bewegen bij mensen met een depressieve stoornis en welke modaliteiten hierbij een betere effectiviteit tonen (vb. individuele of groepssessies, soort inspanning en frequentie). De zoekstrategie voor de literatuurstudie werd uitgevoerd op 3 december 2024. Hierbij werden volgende databanken gebruikt: PubMed, Cochrane, Cebam en EBpracticenet. Allereerst werd er een zoekstring uitgewerkt voor PubMed (bijlage 2). Deze werd later aangepast om via Cochrane uit te voeren (bijlage 3). Er werd gefilterd op beschikbaarheid van Engelse of Nederlandstalige tekst, leeftijdscategorie van participanten ≥19 jaar en gratis beschikbaarheid van de volledige publicatie. Via Cebam en EBpracticenet werd er gezocht naar richtlijnen omtrent bewegen alsook depressie via volgende zoektermen: “Beweging”, “Bewegen”, “BOV”, “Bewegen op verwijzing”, “Bewegen op voorschrift”, “Bewegen op recept”, “Beweegcoach”, “Depressie” en “Depressieve stoornis”. Met behulp van Rayyan werden de resultaten van de verschillende zoekstrategieën samengevoegd en gaf het programma mogelijke duplicaten aan die handmatig gecontroleerd werden. Indien dit daadwerkelijk een duplicaat was, werd een van de twee artikelen verwijderd. Bijkomend werd Rayyan gebruikt om een blinde verdeling van de artikelen te maken over de vier groepsleden. Deze artikelen werden hierna in duo, onafhankelijk van elkaar, gescreend op relevantie, respectievelijk op basis van titel, abstract en tenslotte op volledige tekst. Er werden enkel titels weerhouden waarin beweging en/of depressie expliciet werden beschreven. Bij het screenen van het abstract en de volledige tekst werd er bekeken of het onderwerp daadwerkelijk het effect van beweging op depressie beschreef en er werd impliciet rekening gehouden met de kwaliteit van de studie. Enkel artikelen van de laatste tien jaar, van het moment van het uitvoeren van de literatuurstudie, werden weerhouden. Bij discrepantie over het al dan niet includeren van een artikel tussen een duo, beoordeelden een derde en vierde onderzoekers de relevantie van het artikel. Indien alsnog geen consensus werd bereikt kon het advies van de promotoren gevraagd worden.

2.2 Interventie

Anderzijds vond er ook een interventie plaats in twee delen om verder een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag van deze masterproef. Bij het eerste deel werd een vragenlijst opgemaakt om te peilen naar het doorverwijsgedrag van huisartsen naar een beweegcoach via BOV bij patiënten met een depressieve stoornis. We focusten ons hierbij op huisartsen in de provincie Antwerpen om meer informatie te verkrijgen binnen onze eigen werkregio. Voor het opstellen van de vragenlijst werd gezocht naar relevante en gevalideerde vragenlijsten in de literatuur. Bij gebrek hieraan werd dit grotendeels door de onderzoekers zelf opgesteld met behulp van voorgaande masterproeven.

Deze vragenlijst omvat 15 vragen (bijlage 4) die peilen naar de werksetting van de huisarts, het voorkomen van depressie in de praktijk, het doorverwijsgedrag naar BOV in het algemeen en bij depressie. Daarnaast werden andere niet-medicamenteuze behandelingen van depressie en de tevredenheid over het BOV-project bevraagd. Qualtrics werd gebruikt voor het opstellen van de vragenlijst en de verwerking van de bekomen gegevens. De rekrutering van de deelnemers gebeurde

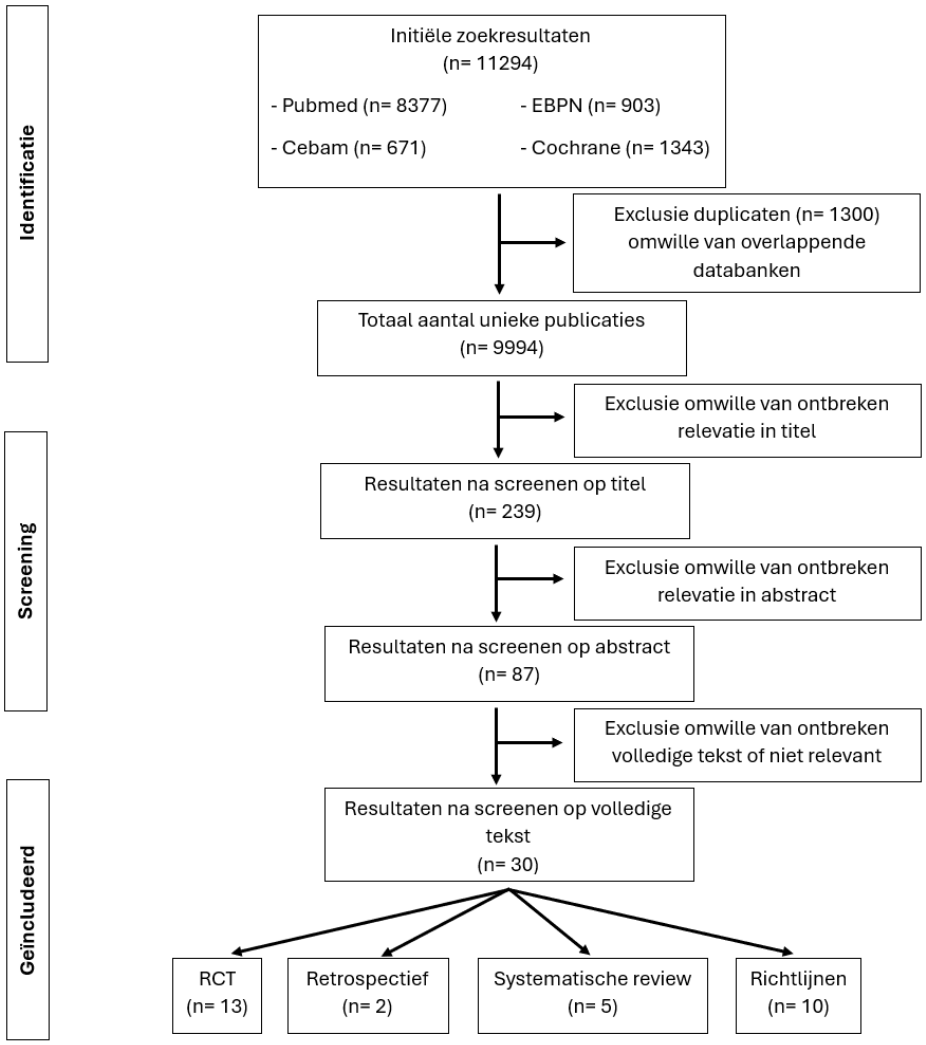
via verschillende kanalen: ICHOvzw, Domus Medica, Belgische vereniging van artsensyndicaten (BVAS) en alle huisartskringen van de provincie Antwerpen.

In het tweede deel van de interventie hebben de vier onderzoekers ook een zelfmonitoring gedaan. Hierbij werd door onderzoekers K.C. en S.E. gedurende de periode van januari t.e.m. maart 2025 en door onderzoekers H.V. en D.Ö. gedurende de periode van april t.e.m. juni 2025 het eigen doorverwijsgedrag bij patiënten met een depressieve stoornis bijgehouden. Er werd geregistreerd hoeveel patiënten met deze klachten consulteerden, hoeveel daarvan een doorverwijzing naar BOV kregen en welke andere behandelingen werden opgestart. Er werd gedurende deze drie maanden ook opgevolgd of de patiënt daadwerkelijk inging op de doorverwijzing. Tenslotte werden deze gegevens en ervaringen gezamenlijk besproken en geanalyseerd om zo mogelijke adviezen voor eerstelijnszorgverleners te kunnen formuleren.

3. RESULTATEN

3.1 Aanpak literatuurselectie

De databanken van Pubmed, Cochrane, EBpracticenet en Cebam werden op 3 december 2024 doorzocht. Bijlage 3 toont de gebruikte zoekstrategie. Er werden initieel 11.294 artikelen weerhouden. Met behulp van het AI-programma 'Rayyan' werden de dubbele artikelen geëlimineerd. Hierna bleven 9.994 artikelen over. Rayyan werd nadien gebruikt om deze artikelen willekeurig te verdelen over de vier onderzoekers. Elk artikel werd in elke ronde gescreend door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. De eerste screening gebeurde louter op basis van de titel, waarna 239 artikelen weerhouden werden. In een tweede ronde werden deze verder gescreend op basis van het abstract. Na deze screening bleven 87 artikelen weerhouden. Deze artikelen werden dan op basis van de volledige tekst verder gescreend, waarna 30 artikelen behouden bleven. Figuur 3 toont een schematische weergave van de aanpak van de literatuurselectie.



Figuur 3: schematische voorstelling literatuurstudie.

Het grootste deel van de artikelen zijn randomised controlled trials (N = 13). Twee artikelen waren een retrospectieve studie. Daarnaast werden nog vijf systematische reviews en tien richtlijnen geïncludeerd. Bijlage 5 toont een overzicht van de geïncludeerde artikelen voor deze masterproef.

3.2 Effect van beweging op depressie bij volwassenen

In de Belgische richtlijn over depressie bij volwassenen worden activiteitenplanning (grade 1C) en groepstrainingen (grade 2C) als mogelijke niet-medicamenteuze behandelingen opgesomd (34, 54). De Australische richtlijn over de behandeling van depressie adviseert om fysieke activiteit in te zetten als therapie (26). Dit vermindert de depressieve symptomen (grade 2B).

Een systematische review uit 2020 toonde aan dat fysieke activiteit een belangrijk antidepressief effect heeft en adviseert dit als eerstelijnsbehandeling bij een lichte tot matige depressie (49). Men vond hierbij dat lichaamsbeweging ook een preventieve rol speelt in het ontstaan van depressie.

Een recentere umbrella review vond ook een positief effect van lichaamsbeweging op depressieve klachten (44). De gevonden effectgrootte in de daling van depressieve symptomen door fysieke activiteit was vergelijkbaar en zelfs wat groter dan het effect van psychotherapie en psychofarmaca.

Verschillende andere randomised controlled trials vergeleken het effect van een bewegingsinterventie met dat van cognitieve gedragstherapie. Een Amerikaans onderzoek vergeleek zo het verschil van de effecten van deze interventies bij patiënten met diabetes mellitus type 2 en depressie (27). Hieruit bleek dat er bij beide interventies een vergelijkbare significante daling was van de depressieve klachten. Lichaamsbeweging in combinatie met psychotherapie vertoonde wel een bijkomend positief effect. Een andere studie organiseerde aerobe groepstrainingen van matige tot intense intensiteit voor patiënten met een depressieve stoornis of een ander psychiatrisch ziektebeeld (42). De bewegingsinterventie bleek hierbij effectief te zijn voor de verschillende patiënten. Dit effect was vergelijkbaar met cognitieve gedragstherapie.

Een Nederlandse studie die later werd uitgevoerd, vergeleek het effect van een loopprogramma met dat van antidepressiva (31). De interventiegroep kreeg gedurende 16 weken twee keer per week een groepssessie aangeboden. Bij de deelnemers uit de controlegroep werd escitalopram[1] gestart. Op vlak van de mentale gezondheid hadden beide groepen een vergelijkbaar significant effect. De bewegingsinterventie was echter superieur ten opzicht van antidepressivum-gebruik op vlak van de fysieke gezondheid met een verbetering van het gewicht, de buikomtrek en de bloeddruk.

In enkele studies werd het antidepressief effect van beweging onderzocht in aanwezigheid van andere comorbiditeiten naast een depressieve stoornis, zoals diabetes type 2, systolisch hartfalen of HIV. Ook bij deze populaties vond men op basis van verschillende vragenlijsten een positief effect van beweging op de mentale gezondheid (27, 35, 50).

3.3 Effect van beweging op depressie bij ouderen

Lichaamsbeweging wordt ook aangemoedigd in de richtlijn over de behandeling van depressie bij de oudere populatie (52). Beweging heeft een significant effect op het verminderen van de ernst van de depressie bij deze populatie (grade A). Ook in combinatie met een antidepressivum heeft lichaamsbeweging een toegevoegde waarde in het verbeteren van de depressieve klachten.

[1] Escitalopram is een antidepressivum dat behoort tot de klasse van de SSRI's (selectieve serotonine-heropnameremmers).

Uit een systematische review van Weng et al uit 2024 bleek dat fysieke activiteit leidt tot een significante verbetering van depressieve klachten bij kwetsbare ouderen (41). De algemene mentale gezondheid ging hierbij ook vooruit. Dit effect wordt echter niet gevonden bij niet-kwetsbare ouderen.

Aan de hand van onze literatuurselectie vonden we ook enkele randomised controlled trials, die niet geïncludeerd zijn in een van de twee bovengenoemde artikelen.

Zo vond een studie die het effect van een intensief oefenprogramma bij ouderen met depressie en diabetes mellitus type 2 onderzocht, ook een significante vermindering van depressieve klachten (45). Een gerandomiseerde pilootstudie uit 2023 vergeleek het effect tussen een matig en een intensief wandelprogramma bij ouderen die reeds een antidepressivum gebruikten (48). Beide interventies leidden tot een significante daling van de ernst van depressie. Een Spaanse studie onderzocht de effectiviteit van fysieke activiteit in groep vergeleken met dat van inname van een antidepressivum bij ouderen met een milde tot matige depressie (33). Hierbij vond men een significante verbetering van de depressieve klachten in beide groepen. Fysieke activiteit was niet superieur ten opzichte van antidepressiva. Het onderzoek van Silva et al uit 2019 bekeek het effect van wateractiviteiten bij ouderen (25). Dit toonde een significante daling van depressie, angst en een verbetering van de functionele autonomie bij ouderen met depressie.

3.4. Effect van de intensiteit van beweging

De studies waarop de Australische richtlijn is gebaseerd, hanteren vaak aerobe trainingsprogramma's (26). Ze beschrijven hierbij wel dat er een groeiende evidentie is dat krachttraining of weerstandstraining ook een gelijkaardig effect zou hebben. Deze richtlijn concludeert dat het belangrijker is dat de trainingen haalbaar zijn voor de deelnemers en gebaseerd moeten zijn op hun huidige conditie. Het beste oefenprogramma is hetgeen wat de patiënt kan volhouden. Naarmate men meer succes boekt in het uithoudingsvermogen van de patiënt kan de intensiteit en frequentie opgehoogd worden.

De meta-analyse van Correia et al uit 2021 zocht naar de meest effectieve vorm van lichaamsbeweging (m.n. frequentie, duur, intensiteit en type) om een antidepressief effect te bereiken (38). Men concludeert dat de fysieke activiteit voor 3 tot 8 weken gecontinueerd moet worden, met 3 trainingen per week, alvorens een effect zichtbaar is. Een trainingsprogramma aan een matige intensiteit >150 minuten/week gaf een grotere significante reductie van de depressieve klachten dan trainingen <150 minuten/week. Groepstraining was superieur aan individuele training wat betreft het antidepressief effect. Daarnaast had een aerobe trainingsprogramma een groter positief effect dan weerstands- of flexibiliteitstraining. Dit kwam echter niet naar voren in een recentere umbrella review (44). Hierbij bleken de verschillende trainingsmodaliteiten (aerobe training, weerstandstraining, flexibiliteitstraining en yoga) even effectief te zijn. Wel vond men dat een matig-intensief trainingsprogramma effectiever was in reductie van depressieve klachten dan een trainingsprogramma aan lage intensiteit. Opmerkelijk in deze studie was dat langdurige interventies (> 12 weken) minder effectief bleken dan kortdurende bewegingsprogramma's (< 12 weken). De auteurs geven hiervoor verschillende mogelijke verklaringen. De therapietrouw zou kunnen dalen bij deze landurige interventies. Mogelijks was er geen progressie van de fysieke activiteit voorzien bij de langdurige programma's wat hun effectiviteit deed dalen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de verwachtingen van de deelnemers na een tijd afnamen, nadat ze al een beterschap van hun depressieve klachten ervaarden op korte termijn.

Bij een recentere systematische review die zich enkel focuste op de oudere populatie, geven de auteurs echter aan dat er geen conclusie getrokken kan worden over de beste type training en de trainingsduur voor ouderen door een beperkt aantal artikelen die sterk heterogeen zijn (41).

Een gerandomiseerde pilootstudie uit 2023 vond een significante daling van de depressie bij participanten die deelnamen aan een matig of intensief wandelprogramma (48). Hierbij kon er geen significant verschil gevonden worden tussen beide interventiegroepen op basis van intensiteit.

Yoga zou ook een positief effect hebben door de combinatie van fysieke activiteit, mindfullness en ademhalingstherapie (26). Er is groeiende evidentie dat dit zowel de depressieve klachten als het stressniveau en de levenskwaliteit ten goede kan komen. Daarom is het een goed alternatief voor mensen met fysieke comorbiditeiten bij wie een intensief trainingsprogramma niet haalbaar is. Het positief effect van yoga op de depressieve klachten komt ook naar boven in recentere randomised controlled trials (27, 39). Danstherapie wordt ook als een veilig en haalbaar alternatief beschouwd (grade B) (53).

3.5 Effect van groepstraining versus individuele training

De studies organiseerden hun trainingsprogramma's vaak ook op een verschillende manier. In de meeste onderzoeken werd een individueel trainingsprogramma opgesteld als interventie (o.a. 30, 32, 36, 51). In andere studies koos men voor groepstrainingen (31, 33, 37, 41, 42, 45, 48, 54). Er waren geen studies beschikbaar waarbij een vergelijking werd gemaakt tussen het effect van individuele training en groepstraining.

Groepstrainingen worden aanbevolen bij mensen met een depressie in de Belgische richtlijn (grade 2C) (54). Men vermeldt hierbij dat er wel nood is aan verder onderzoek om de kracht van deze evidentie te versterken.

Sociale ondersteuning tijdens de trainingen verhoogt de therapietrouw van de deelnemers (26). Trainingen onder supervisie leiden tot minder drop-outs en een betere effectiviteit. In de systematische review van Weng et al, die het effect van beweging op depressie bij de oudere populatie onderzocht, besloot men dat groepstraining ook bij kwetsbare ouderen leidde tot een positief effect (41). Het sociale aspect en vermindering van de eenzaamheid vormden bij hen een doorslaggevende factor. Eenzaamheid is een belangrijke onafhankelijke risicofactor voor depressie bij ouderen (48). Groepstrainingen kunnen de depressieve klachten dan ook doen verminderen.

Het gevoel van autonomie biedt ook een belangrijk voordeel in plaats van strikt opgelegde trainingsschema's (26). Geïndividualiseerde programma's moeten daarom aangemoedigd worden.

3.6 Effect van digitale opvolging

In verschillende studies maakte men gebruik van digitale hulpmiddelen om mensen met depressie aan te moedigen tot meer beweging (30, 39, 43, 51).

Enkele studies maakten gebruik van een mobiele applicatie waarbij de deelnemers de oefeningen thuis konden uitvoeren aan de hand van geanimeerde demonstraties (30, 39, 43, 51). Een online oefenprogramma bleek in al deze studies effectief te zijn om depressieve klachten te verminderen. Daarnaast toonden deelnemers een hoge graad van tevredenheid over de digitale vorm (30).

Bovendien bleek een mobiele tool kosteneffectief te zijn (39, 43). Bij populaties met moeilijkere toegang tot de traditionele gezondheidszorg zou deze methode een voordeel kunnen bieden (43). Vanuit dat standpunt beredeneert men in de studie van Kim et al uit 2023 ook de mogelijkheid van het gebruik van bestaande toepassingen, zoals Fitbit, Strava of Wii sports, en VR-fitnessspellen bij mensen met een depressie (43).

3.7 Resultaten van de vragenlijst

De vragenlijst werd door 50 Antwerpse artsen ingevuld tussen maart en september 2025. Tabel 2 toont de demografische gegevens van de deelnemers. Meer dan de helft van de deelnemende artsen (54%) behoort tot de leeftijdscategorie 20-29 jaar. Er waren 24 deelnemers actief als huisarts-in-opleiding en 23 als huisarts. Van drie deelnemers is de werkstatus niet gekend. Gemiddeld waren de deelnemers al tien jaar actief als arts (tabel 2). Van de deelnemers werkt 36% in een stedelijk gebied, 22% in een randstedelijk gebied en 42% in een landelijk gebied. De meeste artsen blijken actief te zijn in een groepspraktijk, gevolgd door multidisciplinaire, forfaitaire, solo-praktijk en New-Deal (tabel 2). Tenslotte gaven vier deelnemers ook aan in een 'ander' type praktijk te werken zonder verdere specificatie.

	N (artsen)	Percentage
Type arts		
Huisarts	23	46
HAIO	24	48
Geen van beide	3	6
Leeftijdscategorie		
20-29 jaar	27	54
30-39 jaar	9	18
40-49 jaar	3	6
50-59 jaar	6	12
+60 jaar	5	10
Type werkregio		
Stedelijk gebied	18	36
Randstedelijk gebied	11	22
Landelijk gebied	21	42
Type praktijk		
Groepspraktijk	30	60
Multidisciplinair	13	26
Forfaitair	7	14
Solo	3	6
New-deal	1	2
Andere	4	8
Doorverwijzingen naar BOV omwille van depressie		
Geen	41	82
<10 per jaar	7	14
10-20 per jaar	1	2
20-30 per jaar	1	2

Tabel 2: demografische gegevens van de deelnemers.

Al de deelnemers kennen het project 'Bewegen op Verwijzing'. Merendeel van de artsen (78%) gaf aan al eens een patiënt doorverwezen te hebben naar BOV tijdens hun carrière. Slechts vijf artsen zijn niet

tevreden over het BOV-project omwille van de volgende redenen: ‘gevoel dat de beweegcoaches te weinig onderbouwde kennis hebben’, ‘opvolging in de streek verloopt niet altijd goed’, ‘blijft te theoretisch’, ‘onvoldoende kennis over het project’, ‘het missen van concrete tips voor een effectieve doorverwijzing’ en ‘weinig mogelijkheden in lokaal bestuur’. Het laagdrempelig karakter en de lage kosten voor de patiënt zijn daarentegen de positieve punten die vaak benoemd werden door de andere artsen.

	Mediaan	Gemiddeld	SD	Minimum	Maximum
Hoeveel jaar actief als arts?	3	10	13	1	45
Hoeveel doorverwijzingen naar BOV per jaar per arts?	5	13	33	1	200
Hoeveel patiënten met depressie per jaar per arts?	18	22	24	2	100

Tabel 3: overzicht kwantitatieve resultaten van de vragenlijst.

Het aantal jaarlijkse doorverwijzingen kent echter een grote spreiding: zo heeft een van de artsen slechts één persoon doorverwezen, terwijl een andere arts ongeveer 200 patiënten doorverwees. De mediaan lag op vijf doorverwijzingen per jaar (tabel 3).

De meerderheid van de deelnemers (96%) ziet jaarlijks verschillende patiënten met een depressieve stoornis met een gemiddelde van 22 patiënten per jaar. Echter hebben slechts negen artsen reeds gebruik gemaakt van BOV bij deze patiënten. Hun voornaamste beweegredenen hiervoor zijn: ‘opbouwen van dagstructuur’, ‘beweging is een essentieel onderdeel van het genezingsproces’, ‘bewegen helpt voor mentale gezondheid’, ‘om patiënten te activeren’, …. Bijlage 6 bevat de volledige lijst van de antwoorden.

Daarnaast worden er ook een aantal redenen aangegeven om patiënten met een depressie niet door te verwijzen. Enkele voorbeelden zijn: ‘nog niet aan gedacht’, ‘probleem met beschikbaarheid’, ‘onvoldoende kennis over nut of gebruik van BOV bij depressie’, …

Het starten van psychologische begeleiding wordt het meest benoemd als een ander niet-medicamenteuze behandeloptie die men hanteert. Bovendien geven verschillende artsen aan dat ze proberen dagstructurering op te bouwen en activiteiten in te plannen samen met de patiënt.

3.8 Resultaten van de zelfmonitoring

In het laatste deel van de interventie werd gedurende drie maanden een zelfmonitoring uitgevoerd door de vier onderzoekers. Onderzoekers K.C., H.V. en D.Ö. waren actief in een stedelijke groepspraktijk. Onderzoeker S.E. werkte in een landelijke groepspraktijk. Tijdens deze periode zagen de onderzoekers in totaal elf patiënten met een depressieve stoornis (bijlage 7). Het aantal patiënten was verschillend per onderzoeker varieerde van één tot vijf patiënten. In totaal kregen zes van de elf patiënten een doorverwijzing naar een beweegcoach via ‘Bewegen op Verwijzing’. Er waren verschillende redenen waarom de vijf andere patiënten niet werden doorverwezen. Twee patiënten waren reeds voldoende aan het bewegen zonder nood aan coaching. Bij twee andere patiënten was

er sprake van een psychotische toestand en bij één iemand was er een acute suïcidaliteit. Bij deze drie patiënten werd het mobiel crisisteam gestart.

Twee van de zes doorverwezen patiënten zijn niet ingegaan op de verwijzing BOV. Eén patiënt nam contact op met een beweegcoach, maar is de afspraak niet nagekomen. Bij drie patiënten werd een beweegplan opgesteld samen met een beweegcoach. Twee van deze patiënten hebben op deze manier meer beweging in hun dagelijks leven geïmplementeerd en hebben hun beweegplan kunnen voltooien. De andere patiënt toonde onvoldoende motivatie om het beweegplan te starten.

4. DISCUSSIE

Deze masterproef bestond uit drie delen met als doel de toepassing van BOV, en met uitbreiding bewegingsinterventies in het algemeen, bij mensen met depressie te onderzoeken vanuit de blik van een huisarts. Er werd met name in de literatuur gezocht naar wetenschappelijke evidentie of beweging een effectieve behandeloptie kan zijn bij deze pathologie. Als tweede luik vond een zelfmonitoring plaats, waarbij de onderzoekers hun eigen doorverwijsgedrag naar BOV bij mensen met depressie bekeken en deze bevindingen gezamenlijk besproken. Tenslotte werd ook een vragenlijst verstuurd naar alle huisartsen in de provincie Antwerpen om meer inzicht te verkrijgen in dit thema. Uit deze verschillende resultaten trachten we om bepaalde aanbevelingen te formuleren naar collega-huisartsen.

Ondanks een grote heterogeniteit tussen de verschillende onderzoeken in de literatuur, is het correct te stellen dat beweging een positief effect heeft op het verloop van een depressie gezien meerdere richtlijnen dit aanbevelen. Uit de vragenlijst merken we dat de kennis over de positieve effecten van beweging bij depressie algemeen gekend is bij de huisartsen. BOV werd helaas nog weinig gebruikt om lichaamsbeweging als behandeling te implementeren in hun beleid bij depressie. Enkele deelnemers probeerden beweging te stimuleren via het promoten van dagstructurering of het aanbevelen van natuurwandelingen. Helaas vormden zij slechts de minderheid van de deelnemende artsen. Het merendeel legt de focus op psychologische interventies al dan niet in combinatie met medicamenteuze therapie. BOV kan nochtans een eenvoudig hulpmiddel zijn om beweging als derde pijler in de behandeling van depressie in te zetten naast de bovengenoemde opties. Dit merken de onderzoekers ook uit de eigen interventie.

Het is belangrijk om je doorverwijsgedrag af te stemmen op basis van de individuele patiënt in je kabinet (26). Zo moet er rekening gehouden worden met de ernst van de depressie en de motivatie van de patiënt. Dit zijn enkele bedenkingen uit dit onderzoek. Sommige patiënten zijn helaas moeilijk te motiveren tot meer beweging, daarom is het belangrijk dit op het juiste moment van het behandeltraject te starten om de kans op een succesvolle doorverwijzing te vergroten. Zo voorkomen we dat de patiënt niet ingaat op het initiatief van de beweegcoach, wat bij één van de doorverwezen patiënten in de zelfmonitoring was voorgekomen. Een andere bedenking die naar voren komt uit de vragenlijst is of depressieve patiënten met suïcidegedachten ook kunnen doorverwezen worden. De onderzoekers maakten deze overweging ook tijdens de zelfmonitoring. Sommigen van hen ervaarden dit als een (potentiële) drempel om niet door te verwijzen, terwijl dit geen belemmering vormde voor de andere. In een dergelijk acuut crisismoment treden er andere prioriteiten op de voorgrond, zoals het starten van psychotherapie, residentiële of ambulante psychiatrische ondersteuning of medicamenteuze behandeling. Anderzijds kunnen frequente contactmomenten met de beweegcoach in zo'n fase ook zorgen voor een extra externe motivatie en de patiënt helpen zijn ideaties aan de kant te schuiven. De beweegcoach kan ook een extra steunfiguur vormen voor de patiënt.

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek bevelen we aan om het stimuleren van beweging op te nemen in de toekomstige Belgische richtlijnen voor huisartsen. Dit zou ertoe leiden dat artsen deze therapeutische interventie vaker toepassen, al dan niet in combinatie met psychologische of medicamenteuze ondersteuning. Het is daarnaast ook belangrijk om de algemene kennis over het nut van beweging bij depressie te vergroten bij zowel huisartsen als patiënten. Met een overheidscampagne zou deze informatie gemakkelijk verspreid kunnen worden over de algemene

bevolking. Zo wordt er al een zaadje geplant bij de patiënt. Het blijft natuurlijk de taak van de huisarts om dit onderwerp verder uit te werken bij de individuele patiënt voor hem. We adviseren om dit tijdens de eerste consultatie al kort aan te halen. Er kan ook meegedeeld worden dat men hier tijdens een volgend consult dieper op in kan gaan. Dit ook omdat het belangrijk is om patiënten met depressie in de beginfase op regelmatige basis op te volgen (55). Op basis van enkele bedenkingen uit de vragenlijst adviseren wij dat huisartsen en lokale beweegcoaches meer met elkaar contact opnemen om de wederzijdse verwachtingen en bedenkingen te bespreken en de samenwerking te verbeteren.

Volgens de aanbevelingen van WHO raden we globaal 150 tot 300 minuten per week matige intensiteit aan, zoals wandelen of joggen. We geven hierbij aan collega's in de eerstelijnszorg mee dat het weliswaar belangrijker is om concrete plannen af te stemmen op de mogelijkheden en vaardigheden van de individuele patiënt. Het beste trainingsprogramma is hetgeen wat duurzaam is voor de patiënt. Omwille van verschillende redenen, zoals tijdsgebrek of weinig kennis over dit onderwerp, kan het als huisarts moeilijk zijn om concrete adviezen hierover te geven. Daarom kan het nuttig zijn om samen met een beweegcoach via BOV de patiënt verder te helpen naar een leven met meer beweging als een stap in de behandeling van depressie.

Dit onderzoek telt enkele limitaties. In de eerste stap van onze zoekstrategie werden veel duplicaten gevonden. Dit is mogelijks te wijten aan een slechte selectie van zoekbanken die een overlap vertonen van hun dataverzameling. De resultaten van EBpracticenet werden namelijk allemaal ook via Cebam gevonden. In de volgende stap werd gefilterd op enkel titel in plaats van titel en abstract. Dit kan ertoe geleid hebben dat we enkele interessante artikelen gemist hebben door de strenge exclusie.

In deze masterproef werd gekozen om geen effectgroottes of soortgelijke statistische resultaten met elkaar te vergelijken, omdat dit tot misinterpretaties kan leiden door de heterogeniteit. Zo waren de gebruikte klinische vragenlijsten en meetinstrumenten voor het bepalen van de depressieve klachten of de ernst ervan erg divers. Ook in het type van beweging en de intensiteit ervan vertoonden de studies een grote variatie. Er was ook een groot verschil te vinden in de gehanteerde leeftijdsgrenzen bij studies die zich focusten op ouderen: voor enkele studies moest men ouder dan 50 jaar zijn voor inclusie, bij anderen was 60 jaar de drempel en een andere studie focuste zich op 65-plussers. Het zou nuttig zijn dat toekomstige studies een uniforme definitie hanteren qua leeftijdscategorieën en daarnaast dezelfde meetinstrumenten gebruiken. Een belangrijke beschouwing is dat de geïncludeerde studies niet expliciet werden beoordeeld op basis van kwaliteit. De studies werden volgens de evidentie piramide beschreven, maar er werd uiteindelijk evenveel gewicht gegeven aan hun conclusies. In de toekomst zou het zinvol zijn om wel een systematische literatuurstudie te maken van de verschillende studies om een betere vergelijking te kunnen maken.

De gebruikte enquête werd door de onderzoekers opgesteld door gebrek aan gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijsten. Er werd gekozen voor een combinatie van open en gesloten vragen, waardoor er soms diepgang ontbrak in bepaalde responsen. Bij het interpreteren van de resultaten bedachten de onderzoekers dan ook andere interessante vragen die ook gesteld konden worden. Het zou dus in de toekomst boeiend zijn om dit deel van de interventie te organiseren in een focusgroep aan de hand van interviews. Zo zou men meer interessante data kunnen verzamelen. We legden de focus op artsen werkzaam in de provincie Antwerpen, waardoor de resultaten niet extrapoleerbaar zijn naar andere regio's in Vlaanderen. De rekrutering gebeurde via mail wat mogelijks heeft bijgedragen aan de lage responsgraad. We merken dat meer jonge artsen hebben deelgenomen aan

onze vragenlijst. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk. Enerzijds hebben huisartsen een zware administratieve belasting, waardoor ze meer selectief zijn in het deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast kan een bias meegespeeld hebben: artsen die BOV beter kennen en meer geïnteresseerd zijn in dit onderwerp, zullen meer geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen. Uit eigen ondervinding merken we namelijk dat jonge artsen BOV meer kennen. Anderzijds kan de grotere bereidheid van mede-huisartsen in opleiding te verklaren zijn doordat we hen via een apart kanaal (ICHO-Actua) hebben aangeschreven.

5. SWOT ANALYSE

Strengths (sterkten)	**Weaknesses (zwakten)**
- Tot op heden zijn er geen studies beschikbaar die het gebruik van BOV bij patiënten met depressie door de huisartsen onderzocht. - Deze masterproef werd onderbouwd door een combinatie van literatuurstudie, vragenlijst bij huisartsen en eigen ervaring van de onderzoekers. - Vier onderzoekers werkten aan deze studie, wat een bredere aanpak mogelijk maakte.	- De verwachtte responsgraad op de vragenlijst werd niet bereikt. - De vragenlijst werd enkel verstuurd naar de huisartsen in de provincie Antwerpen. - De selectie van de zoekbanken was niet goed op elkaar afgestemd, waardoor we veel duplicaten vonden. - Bij de literatuurselectie was er een te strenge exclusie, waardoor we mogelijks interessante artikelen hebben gemist.
Opportunities (kansen)	**Threats (bedreigingen)**
- We vormen aanbevelingen naar de praktijk om de toepassing van BOV bij depressie te verbeteren. - Deze masterproef vormt een mogelijke aanzet tot verder onderzoek. - De groeiende bewustwording in de maatschappij over het belang van mentale welzijn en beweging speelt in het voordeel.	- Een verwijzing naar BOV garandeert niet een opvolging bij de beweegcoach. De patiënt moet gemotiveerd zijn om de eerste afspraak na te komen. - Bewegen als therapie bij depressie kan zijn effect pas beogen als er voldoende intrinsieke motivatie is bij de patiënt om dit uit te voeren.

6. BESLUIT

Fysieke activiteit blijkt een goede behandeloptie te zijn bij patiënten met depressie. Het biedt een extra meerwaarde bovenop andere behandelingen zoals psychotherapie of medicatie. Als huisarts is het belangrijk om hier bewust van te zijn en ruimte te maken om beweging te bespreken in de consultatie. BOV kan hierbij een nuttige tool zijn om de arts en de patiënt te ondersteunen. De beweegcoach kan met de patiënt een gepersonaliseerd beweegplan opstellen op basis van de eigen noden en mogelijkheden. Het is namelijk belangrijk om op een duurzame manier een gezondere levensstijl in te zetten. Daarom bevelen we BOV aan in de eerstelijnszorg bij patiënten met depressie als hulpmiddel in de behandeling.

7. REFERENTIES

1. Zorg en Gezondheid. Bewegen op Verwijzing [Internet]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/bewegen-op-verwijzing [Accessed 2 April 2024].
2. Vlaams instituut Gezond Leven. Bewegen op Verwijzing [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing [Accessed 2 April 2024].
3. Decraene P. Boffen de Deelnemers Van Bewegen Op Voorschrift [Internet]. Riso Vlaams-Brabant; 2012 Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Boffen_de_deelnemers_van_BOV_Rapport_2012.pdf [Accessed 2 April 2024].
4. Smeyers L. BOV met succes verbreed! [Internet]. Riso Vlaams-Brabant; 2015 Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/BOV_met_succes_verbreed_2013-2014.pdf [Accessed 2 April 2024].
5. Vlaams instituut Gezond Leven. Evaluatierapport Bewegen op Verwijzing begin tot zomer 2018 [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/files/beweging/Evaluatierapport-Bewegen-Op-Verwijzing-begin-tot-zomer-2018.pdf [Accessed 2 April 2024].
6. Vlaams instituut Gezond Leven. Beweging op verwijzing in cijfers [Internet]. Available from https://www.gezondleven.be/files/bov/BewegenOpVerwijzing_cijfers2024.pdf [Accessed 14 April 2026].
7. Vlaams instituut Gezond Leven. Bewegen op verwijzing - coaches. [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/bov-coaches [Accessed 2 April 2024].
8. Vlaams instituut Gezond Leven. Voor verwijzers: stel een verwijsbrief op [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/voor-artsen-stel-een-verwijsbrief-op [Accessed 2 April 2024].
9. Vlaams instituut gezond leven. Veelgestelde vragen uitbetalingssysteem [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/veelgestelde-vragen-uitbetalingssysteem [Accessed 2 April 2024].
10. Vlaams instituut Gezond Leven. Wie komt in aanmerking voor Bewegen op Verwijzing [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/wie-komt-in-aanmerking-voor-bewegen-op-verwijzing [Accessed: 06 May 2025].
11. Vlaams instituut Gezond Leven. Word Jij een bewegen op verwijzing-coach? [Internet]. Available at: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/bov-coach-worden [Accessed: 06 May 2025].
12. Mahieu T, Pieters J, Albert L, Deghorain C, Gerard L, et all. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van de gezondheidszorgberopeen in België [Internet]. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2024 Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2024_nl.pdf [Accessed 14 April 2025].
13. De Smyter L, Vermandere M. Bewegen Op Verwijzing: een evaluatie door de huisarts. 2020.
14. De Spiegeleer L, Vermandere M. Ontwikkeling en evaluatie van een implementatieplan voor Bewegen Op Verwijzing. 2023.
15. Goetschalckx L, Tsakitzidis G, Ides K. Interprofessioneel samenwerken: evaluatie van de opstart en opvolging van Bewegen op Verwijzing in regio Mol. 2020.
16. Lysens de Oliveira e Siva Van Acker J, Bastiaens H. Kwaliteitsverbeterend project: Huisartsen motiveren voor “bewegen op verwijzing”. 2023.
17. Vlaams instituut gezond leven. Wat zijn de voordelen van bewegingen op verwijzing. [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe/wat-zijn-de-voordelen-van-bewegingen-op-verwijzing [Accessed 2 April 2024].
18. EUPAP. About us. [Internet]. Available from: https://www.eupap.org/about [Accessed 2 April 2024].

19. EUPAP. Partners [Internet]. Available from: https://www.eupap.org/partners [Accessed 2 April 2024].
20. Hansson L. Physical activity on prescription: exporting 20 years of Swedish experience. 2019 Dec 05.
21. Vlaams Instituut Gezond Leven. Ook elders in Europa bewegen ze op verwijzing. [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/eupap [Accessed 2 April 2024].
22. Vlaams Instituut Gezond Leven. (Positieve) geestelijke gezondheid: cijfers. [Internet]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers [Accessed 2 April 2024].
23. Drieskens S. Duveau C. Hermans L. Nélis G. Berete F. Braekman E. et al. Sciensano Belgische gezondheids- en welzijnscohorte (Belhealth)[Internet]. Available from: https://www.sciensano.be/nl [Accessed cited 14 april 2024].
24. Publich Health Agency Sweden, namens het EUPAP consortium. EUPAP FYSS-short. Lichaamsbeweging bij de preventive en het behandelen van ziektes. Solna: Publich Health Agency of Sweden; 2019.
25. Silva LAD, Tortelli L, Motta J, Menguer L, Mariano S, Tasca G, et al. Effects of aquatic exercise on mental health, functional autonomy and oxidative stress in depressed elderly individuals: A randomized clinical trial. Clinics (Sao Paulo). 2019;74:e322.
26. Marx W, Manger SH, Blencowe M, Murray G, Ho FY, Lawn S, et al. Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. World J Biol Psychiatry. 2023;24(5):333-86.
27. de Groot M, Shubrook JH, Hornsby WG, Jr., Pillay Y, Mather KJ, Fitzpatrick K, et al. Program ACTIVE II: Outcomes From a Randomized, Multistate Community-Based Depression Treatment for Rural and Urban Adults With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2019;42(7):1185-93.
28. Depressieve stoornissen [Internet]. BCFI; [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main
29. Koo KM, Kim K. Effects of Physical Activity on the Stress and Suicidal Ideation in Korean Adult Women with Depressive Disorder. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10).
30. Guo Y, Hong YA, Cai W, Li L, Hao Y, Qiao J, et al. Effect of a WeChat-Based Intervention (Run4Love) on Depressive Symptoms Among People Living With HIV in China: A Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2020;22(2):e16715.
31. Verhoeven JE, Han LKM, Lever-van Milligen BA, Hu MX, Revesz D, Hoogendoorn AW, et al. Antidepressants or running therapy: Comparing effects on mental and physical health in patients with depression and anxiety disorders. J Affect Disord. 2023;329:19-29.
32. Depression in older adults [Internet]. [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/depression-inolder-adults#GUlD-AD5C9DEA-2EDB-4764-B898-54CF9A5B7E17
33. Hidalgo JL, Sotos JR, Group D-E. Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. Ann Fam Med. 2021;19(4):302-9.
34. Kunde, L. Evidence Summary. Depression (Adults): Exercise. The JBI EBP Database. 2024; JBI-ES-668-3.
35. Abdelbasset WK, Alqahtani BA, Elshehawy AA, Tantawy SA, Elnegamy TE, Kamel DM. Examining the impacts of 12 weeks of low to moderate-intensity aerobic exercise on depression status in patients with systolic congestive heart failure - A randomized controlled study. Clinics (Sao Paulo). 2019;74:e1017.
36. Joyce C, Roseen EJ, Keysor JJ, Gross KD, Culpepper L, Saper RB. Can Yoga or Physical Therapy for Chronic Low Back Pain Improve Depression and Anxiety Among Adults From a Racially Diverse, Low-Income Community? A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2021;102(6):1049-58.

37. Jin Y, Kim D, Hong H, Kang H. A Long-Term Exercise Intervention Reduces Depressive Symptoms in Older Korean Women. J Sports Sci Med. 2019;18(3):399-404.
38. Correia EM, Monteiro D, Bento T, Rodrigues F, Cid L, Vitorino A, et al. Analysis of the Effect of Different Physical Exercise Protocols on Depression in Adults: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Sports Health. 2024;16(2):285-94.
39. Puterman E, Hives B, Mazara N, Grishin N, Webster J, Hutton S, et al. COVID-19 Pandemic and Exercise (COPE) trial: a multigroup pragmatic randomised controlled trial examining effects of app-based at-home exercise programs on depressive symptoms. Br J Sports Med. 2022;56(10):546-52.
40. Pamaiahgari P. Depressie (volwassenen): gedragsmatige activatie [Internet]. 2021 [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/6528
41. Weng WH, Wang YH, Yeh NC, Yang YR, Wang RY. Effects of physical training on depression and related quality of life in pre-frail and frail older adults: a systematic review and meta-analysis. J Nutr Health Aging. 2024;28(6):100237.
42. Zeibig JM, Seiffer B, Sudeck G, Rosel I, Hautzinger M, Wolf S. Transdiagnostic efficacy of a group exercise intervention for outpatients with heterogenous psychiatric disorders: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2021;21(1):313.
43. Kim H, Lee K, Lee YH, Park Y, Park Y, Yu Y, et al. The Effectiveness of a Mobile Phone-Based Physical Activity Program for Treating Depression, Stress, Psychological Well-Being, and Quality of Life Among Adults: Quantitative Study. JMIR Mhealth Uhealth. 2023;11:e46286.
44. Singh B, Olds T, Curtis R, Dumuid D, Virgara R, Watson A, et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. Br J Sports Med. 2023;57(18):1203-9.
45. Peng L, Wei R, Lu Y. Effect of a Nurse-Led Exercise Program on Depression in Elderly Patients with Diabetes: A Retrospective Study. Actas Esp Psiquiatr. 2024;52(4):437-44.
46. Fortier M, McFadden T, Faulkner G. Evidence-based recommendations to assist adults with depression to become lifelong movers. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2020;40(10):299-308.
47. Garakani A, Zadarenko S, Rae-Grant A et al. Major depressive disorder [Internet]. 2025 [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/major-depressive-disorder-mdd
48. Yu DJ, Yu AP, Leung CK, Chin EC, Fong DY, Cheng CP, et al. Comparison of moderate and vigorous walking exercise on reducing depression in middle-aged and older adults: A pilot randomized controlled trial. Eur J Sport Sci. 2023;23(6):1018-27.
49. Vancampfort D, Scheewe T, van Damme T, Deenik J. [The efficacy of physical activity on psychiatric symptoms and physical health in people with psychiatric disorders: a systematic review of recent meta-analyses]. Tijdschr Psychiatr. 2020;62(11):936-45.
50. Ibeneme SC, Uwakwe VC, Myezwa H, Irem FO, Ezenwankwo FE, Ajidahun TA, et al. Impact of exercise training on symptoms of depression, physical activity level and social participation in people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2022;22(1):469.
51. Boucher VG, Haight BL, Hives BA, Zumbo BD, Merali-Dewji A, Hutton S, et al. Effects of 12 Weeks of At-Home, Application-Based Exercise on Health Care Workers' Depressive Symptoms, Burnout, and Absenteeism: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2023;80(11):1101-9.
52. Pamaiahgari P. Depressie (ouderen): lichaamsbeweging [Internet]. 2021 [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/6629
53. Pamaiahgari , P. Evidence Summary. Depression (Adults): Dance Therapy. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-971-1.
54. Declercq T, Habraken H, Van den ameele J et al. Depressie bij volwassenen: beleid [Internet]. 2017 [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/1219
55. Claasen N, Groeneweg BF, et al. Depressie [Internet]. NHG. 2018 [cited 2026 Feb 02]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie#samenvatting-controles

8. BIJLAGEN

Bijlage 1: Interview met BOV-coach Willem de Wever

- *Kan u voor ons concreet schetsen hoe een BOV-traject verloopt nadat we een patiënt hiervoor doorverwijzen naar een van de coaches? Welke zaken worden er besproken, welke afspraken worden er gemaakt, hoer verloopt de communicatie, ...?*

Patiënten worden doorverwezen door allerlei soorten zorgverleners, namelijk huisarts, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, ...

Hierbij start ik doorgaans met een eerste intakegesprek van ongeveer 1 tot 1.5u. De bedoeling is om de patiënt zo veel mogelijk te laten vertellen over zijn/haar beweging in dagelijks leven, hoe hun beweging er in een doorsnee week uitziet, welke sporten of activiteiten ze vroeger reeds gedaan hebben, waar hun interessegebieden liggen qua beweging, ... Ook zoek ik een antwoord op een aantal belangrijke vragen zoals hoe lang ze zitten gedurende een dag, is dit dan in stukken of continu, ervaren zij hun activiteiten als laag, matig of hoog intensief? Vervolgens stel ik een beweegplan op, afhankelijk van het profiel, de noden en wensen van de patiënt. Dit kan gaan van een wandelschema tot loopschema's of zelfs echte trainingsschema's. Ook maak ik tijdens de intake wat tijd voor een aantal oefeningen om een aantal functies te testen zoals stabiliteit, evenwicht, valpreventie, spierkracht, ... om op basis hiervan het schema verder af te stellen.

Bij dit plan probeer ik te werken op de 4 kwadranten van beweging, namelijk beweging thuis, op het werk, in functie van verplaatsing en in vrije tijd.

Na het opstellen van het plan geef ik patiënten doorgaans 2-3 weken tijd om het plan uit te voeren en nadien samen te bespreken. Hierbij kijken we naar het al dan kunnen uitvoeren van het plan, wordt er gekeken naar zaken die eventueel bijgesteld moeten/kunnen worden, zaken die wel goed verliepen. Deze manier van werken houden we dan in principe aan tot de patiënt goed vertrokken is met zijn/haar plan.

- *Hoeveel nieuwe aanmeldingen krijgt u gemiddeld binnen?*

Als ik mijn agenda van de afgelopen maanden bekijken kom ik wekelijks uit op ongeveer 2 tot 3 nieuwe aanmeldingen.

- *Hoeveel percentage van patiënten doorloopt een volledig traject succesvol?*

Over het algemeen merk ik bij mijn eigen patiënten een zeer groot slagingspercentage op vlak van lange termijndoelen. Een exact cijfer is hier moeilijk op te plakken, echter zou ik schatten dat dit rond 80-85% ligt.

- *Wat zijn de soorten profielen die zich bij u aanmelden? Zitten hier ook geregeld psychosociale klachten tussen?*

Dit kan zeer uiteenlopend zijn, gaande van sporters met blessures tot oudere patiënten met een sedentaire levensstijl. Gezien het sinds kort ook mogelijk is voor psychiaters en psychologen om een doorverwijzing op te maken ben ik ook een aantal patiënten omwille van psychische redenen bezig aan een traject. Echter heb ik naar eigen ervaring nog geen doorverwijzing gekregen wegens depressie of burn-out door een huisarts.

- *Ziet u bij deze patiënten met psychologische klachten vaker wel of niet slagen van doelstellingen?*

Naar eigen ervaring lukt het uiteindelijk ook bij deze patiënten wel goed om hen in beweging te krijgen. Echter op vlak naar verbetering toe op algemeen/psychologisch klachten kan ik hier moeilijk een uitspraak over geven gezien dit niet mijn expertise is. Echter merk ik wel dat dit over het algemeen lastige patiënten zijn om gemotiveerd te krijgen en in gang te komen.

- *Is er soms communicatie naar de huisarts/verwijzende arts behalve de doelstelling? Hoe verloopt deze communicatie? Gebeurt dit/kan dit in beide richtingen?*

Beweegcoaches kunnen verslagen opstellen via mediris om zo informatie omtrent doelstellingen door te geven aan de huisarts/verwijzende zorgverlener. In de andere richting is dit daarentegen niet meteen mogelijk en is het contact met o.a. de huisartsen verder eerder beperkt.

- *Zijn er coaches met bepaalde subspecialisaties? Bv. dagelijkse beweging, sport-specifieke beweging, bewegen met handicap, ...?*

De manier van aanpak zoals ik hiervoor heb geschetst is zeer persoonlijk. Dit is heel afhankelijk van coach tot coach, gezien ook elke coach een ander profiel en achtergrondkennis/expertise heeft.

- *Hoe wordt een traject afgerond? Is dit een permanente afronding? Wordt er nog opvolging voorzien door de BOV-coaches? Wordt er contact behouden met de patiënten?*

Na ongeveer 6 maanden neem ik dan nogmaals contact op via mail of whatsapp om op te volgen hoe het inmiddels gaat met de patiënt en zijn/haar beweegplan. Dit is uiteindelijk ook het lange termijndoel, namelijk zelfstandig meer beweging op te bouwen.

- *Hoe werkt het betalingssysteem voor patiënten en voor u als coach?*

Om terugbetaling mogelijk te maken voor patiënten is het een vereiste dat ze een verwijsbrief hebben, opgesteld door een daartoe gerechtigde zorgverlener. Via deze verwijsbrief hebben patiënten 2 kalenderjaren recht op coaching. Hierbij is het bedrag per kwartier dat de patiënt moet betalen afhankelijk van het al dan niet recht op hebben op verhoogde tegemoetkoming, alsook het feit of het gaat om individuele begeleiding, of begeleiding in groep. Bijkomend voorzien sommige eerstelijnzones nog een extra financiële tegemoetkoming. Het resterende bedrag dat wij als coaches ontvangen wordt uitbetaald via het InterMutualistische Agentschap. Doorgaans heb ik de ervaring dat er 3 à 3.5u coaching nodig is om patiënten op lange termijn op gang te krijgen.

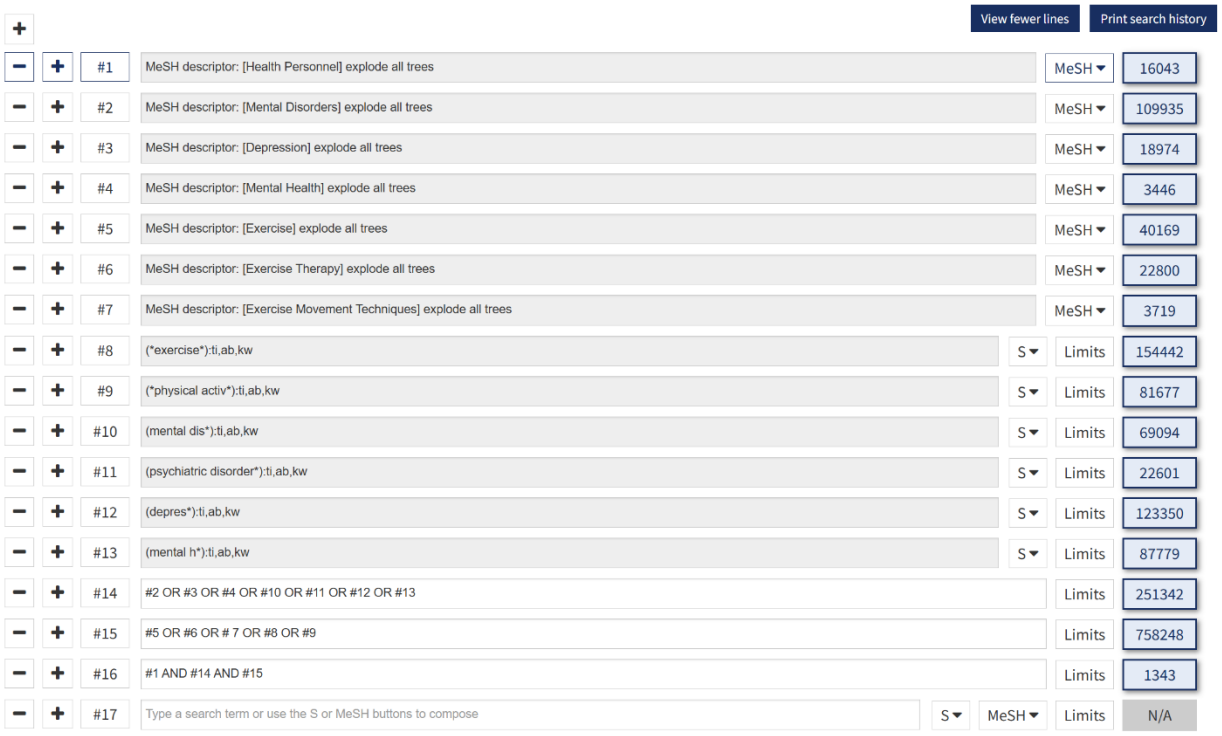
Bijlage 2: Zoekstrategie PubMed

Deze zoekstrategie werd uitgevoerd op 3 december 2024.

(((((((mental disorder[MeSH Terms]) OR ("mental dis*"[Title/Abstract])) OR ("psychiatric disorder*"[Title/Abstract])) OR ("Depression"[Mesh])) OR (depres*[Title/Abstract])) OR ("Mental Health"[Mesh])) OR ("mental h*"[Title/Abstract])) AND (((((("Exercise"[Mesh]) OR (exercise*[Title/Abstract])) OR ("physical activ*"[Title/Abstract])) OR (exercise therapy[MeSH Terms])) OR (exercise movement techniques[MeSH Terms]))) AND ((health personnel[MeSH Terms]) OR (health*[Title/Abstract]))

Bijlage 3: Zoekstrategie Cochrane

Deze zoekstrategie werd uitgevoerd op 3 december 2024.



Bijlage 4: De gebruikte vragenlijst voor artsen

1. Bent u actief als huisarts of HAIO?
    - Huisarts
    - HAIO
    - Geen van beiden
2. Bent u werkzaam in de provincie Antwerpen?
    - Ja
    - Nee
3. Hoeveel jaar werkt u al als arts?
    - Open vraag
4. Waar werkt u momenteel?
    - In een stedelijk gebied
    - In een randstedelijk gebied
    - In een landelijk gebied
5. Omschrijf de praktijk waarin u werkzaam bent (meerdere opties mogelijk)
    - Solopraktijk
    - Groepspraktijk
    - Multidisciplinaire praktijk
    - Forfaitaire praktijk
    - New-deal praktijk
    - Andere
6. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
    - 20-29 jaar
    - 30-39 jaar
    - 40-59 jaar
    - +60 jaar
7. Heeft u al gehoord van het project 'Bewegen op Verwijzing?'
    - Ja
    - Nee
8. Heeft u al eens patiënten doorverwezen naar 'Bewegen op Verwijzing'?
    - Ja
    - Nee

    Indien ja:
    - Voor welke redenen heeft u al patiënten doorverwezen naar 'Bewegen op Verwijzing'?
    - Hoeveel patiënten verwijst u ongeveer per jaar naar 'Bewegen op Verwijzing'?

    Indien nee:
    - Waarom heeft u nog geen patiënten doorverwezen naar 'Bewegen op Verwijzing'?
9. Hoeveel patiënten met een depressieve stoornis volgt u jaarlijks ongeveer op?
    - Minder dan 10 patiënten

- 10-20 patiënten
- 20-30 patiënten
- Meer dan 30 patiënten

10. Heeft u al patiënten met een depressieve stoornis doorverwezen naar ‘Bewegen op Verwijzing’?

    - Ja
    - Nee

    Indien ja:
    - Hoeveel patiënten met een depressieve stoornis verwijst u ongeveer per jaar naar ‘Bewegen op Verwijzing’?
        - Minder dan 10 patiënten per jaar
        - 10-20 patiënten per jaar
        - 20-30 patiënten per jaar
        - Meer dan 30 patiënten per jaar

11. Wat zijn uw redenen om patiënten met een depressieve stoornis wel door te verwijzen naar ‘Bewegen op Verwijzing’?

    - Open vraag

12. Wat zijn uw redenen om patiënten met een depressieve stoornis niet door te verwijzen naar ‘Bewegen op Verwijzing’?

    - Open vraag

13. Welke andere niet-medicamenteuze behandeling(en) gebruikt u bij patiënten met een depressieve stoornis?

    - Open vraag

14. Bent u tevreden over het project ‘Bewegen op Verwijzing’?

    - Ja
    - Nee

    Indien ja:
    - Wat vindt u goed aan ‘Bewegen op Verwijzing’?

    Indien nee:
    - Wat vindt u niet goed aan ‘Bewegen op Verwijzing’?

15. Heeft u nog bijkomende opmerkingen over het ‘Bewegen op Verwijzing’ project? We horen graag uw feedback en uw positieve of negatieve ervaringen.

    - Open vraag

Bijlage 5: Overzicht van de geïncludeerde artikelen

Titel	Jaar	Auteur	Type studie	Populatie	Groep vs. individueel	Type intensiteit	Conclusie
Major Depressive Disorder (MDD) (via: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/major-depressive-disorder-mdd)	2025	Garakani A Et al.	Richtlijn	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Fysieke activiteit kan depressieve symptomen verminderen. De lange termijn voordelen na het stoppen van de fysieke activiteit is onzeker.
Depression in older adults (via: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/depression-inolder-adults#GUID-AD5C9DEA-2EDB-4764-B898-54CF9A5B7E17)	2023	Hamann C Et al.	Richtlijn	Ouderen	Individueel	Onbekend	Verschillende vormen van beweging kunnen voordeel hebben in de behandeling van depressie bij ouderen. Bij ouderen in WZC is er geen significant effect.
Depressieve stoornissen (via: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main)	2022		Richtlijn	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Alhoewel er geen eenduidige resultaten zijn wat betreft oefentherapie, zijn we van mening dat er toch voldoende aanwijzingen zijn voor een positief effect en overwegen we oefentherapie mede aangezien het een veilige behandeling betreft.

Depression (volwassenen): gedragsmatige activatie (via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/6528)	2021	Pamaiahgari P Et al.	Richtlijn	Volwassenen	Onbekend	Onbekend	Voor de behandeling van depressie bij volwassenen wordt gedragsmatige activatietherapie aanbevolen boven humanistische therapie, medicatie en gebruikelijke behandeling (grade B).
Depression (volwassenen): danstherapie (via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/7137)	2021	Pamaiahgari P Et al.	Richtlijn	Volwassenen	Onbekend	Onbekend	Dans is een veilig en haalbare praktijk voor volwassenen met depressie. Een klinische beoordeling en de individuele kenmerken van de patiënt moeten nog steeds in overweging genomen worden (grade B).
Depressie (ouderen): lichaamsbeweging (via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/6629)	2021	Pamaiahgari P Et al.	Richtlijn	Ouderen	Onbekend	Onbekend	Lichaamsbeweging is cruciaal voor een gezond leven en lijkt gunstig te zijn om symptomen van depressie te verminderen. Lichaamsbeweging moet worden aangemoedigd (als het veilig en haalbaar is) bij ouderen met depressie of met een risico op depressie (grade A).

Evidence-based recommendations to assist adults with depression to become lifelong movers	2020	Fortier M Et al.	Richtlijn	Volwassenen	Onbekend	Onbekend	Duidelijk effect van bewegen op depressie. Zeer belangrijk om de training af te stemmen op de noden, wensen en capaciteiten van de patiënt.
Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder	2020	Marx W Et al.	Richtlijn	Onbekend	Onbekend	Matig en stevig	Levensstijlaanpassingen zijn fundamenteel in de mentale gezondheidszorg en kunnen een beginpunt van behandeling vormen en/of samen met psychologische of farmacologische behandelingen gebeuren.
Depressie bij volwassenen. Diagnostiek (via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/1209)	2017	Declercq T Et al.	Richtlijn	Volwassenen	Onbekend	Onbekend	Bespreek dagstructurering (GCP) en activiteitenplanning (grade 1C).
Depressie bij volwassenen. Beleid (via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/1219)	2017	Declercq T Et al.	Richtlijn	Volwassenen	Groep	Onbekend	Groepsprogramma's voor fysieke activiteit hebben een effect op de behandeling van depressie (grade 2C).
Effects of physical training on depression and related quality of life in pre-frail and frail older adults: a systematic review and meta-analysis	2024	Weng WH Et al.	Systematische review	Ouderen +60 jaar	Groep	Onbekend	Fysieke activiteit kan een significante verbetering geven op vlak van depressie en depressieve symptomen en algemene mentale gezondheid. Dit effect kan niet

							aangetoond worden voor niet-kwetsbare ouderen.
Analysis of the Effect of Different Physical Exercise Protocols on Depression in Adults	2023	Correia ÉM Et al.	Systematische review	Volwassenen 18-65 jaar	Individueel en groep	Laag – matig-hoog	Beweging heeft een significant effect op depressieve klachten. Aerobe oefeningen en groepstrainingen zijn hierbij superieur.
Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews	2023	Singh B Et al.	Systematische review	Volwassenen +18 jaar	Onbekend	Laag – matig – hoog	Fysieke activiteit heeft invloed op verschillende psychologische vlakken zoals depressie, angst en onrust, en moet geïncludeerd worden in het beleid omtrent deze pathologieën. Effect is even groot/groter als psychofarmaca. Alle vormen van beweging zijn effectief, toch grootste effect gevonden bij high intensity training en korte duur van interventie.
Impact of exercise training on symptoms of depression, physical activity level and social participation in people living with HIV/AIDS	2022	Ibeneme Et al.	Systematische review	Volwassenen 18-86 jaar	Onbekend	Onbekend	Fysieke inspanning is een behandelingsmodaliteit voor de behandeling van depressie en zeker toe te passen in de praktijk.
Effect van bewegen op psychiatrische symptomen en lichamelijke gezondheid bij mensen met psychiatrische aandoeningen; systemische review van recente meta-analyses.	2020	Vancampfort D Et al.	Systematische review	Volwassenen en ouderen	Onbekend	Onbekend	Fysieke activiteit is een belangrijke meerwaarde in de behandeling van diverse psychiatrische aandoeningen. Bij lichte

							tot matige depressie zou dit zelfs eerstelijnsbehandeling moeten zijn. Bovendien is er ook een bewezen preventief effect.
Effects of 12 Weeks of At-Home, Application-Based Exercise on Health Care Workers' Depressive Symptoms	2023	Boucher VG Et al.	RCT	Volwassenen +18 jaar Gem. 40.5	Onbekend	Onbekend	Fysieke inspanningen thuis kunnen de mentale gezondheid verbeteren.
The Effectiveness of a Mobile Phone-Based Physical Activity Program for Treating Depression, Stress, Psychological Well-Being	2023	Kim H Et al.	RCT	Volwassenen 18-65 jaar	Individueel	Onbekend	Gebruik van mobiel bewegingsprogramma om depressie te behandelen blijkt effectief.
Comparison of moderate and vigorous walking exercise on reducing depression in middle-aged older adults: A pilot RCT	2023	Yu DJ Et al.	RCT	50+	Onbekend	Matig – hoog	Matige tot krachtige wandeltraining toont significante daling van de depressiescore bij 50-plussers onder antidepressiva. Er werd ook een verbetering van QoL en cardiale gezondheid gevonden.
COVID-19 Pandemic and Exercise (COPE) trial Effectiveness of a multigroup pragmatic RCT examining app-based exercise programs on depressive symptoms	2022	Puterman E Et al.	RCT	Volwassenen 18-64 jaar	Groep en individueel	Onbekend	Na zes weken werd een significante daling van klachten van depressie gevonden in de interventiegroepen t.o.v. deelnemers in de wachtlijst.
Can Yoga or Physical Therapy for Chronic Low Back Pain Improve Depression and Anxiety?	2021	Joyce C Et al.	RCT	Volwassenen 18-64 jaar	Beiden	Onbekend	Yoga en fysieke activiteit gaven een significante daling van depressie.

Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression	2021	Hidalgo JL Et al.	RCT	Ouderen +65 jaar	Groep	Onbekend	Zowel antidepressiva als fysieke activiteit in groepssessies zijn capabel om depressieve klachten te doen afnemen bij ouderen.
Transdiagnostic efficacy of a group exercise intervention for outpatients with heterogenous psychiatric disorders	2021	Zeibig JM Et al.	RCT	Volwassenen 18-65 jaar	Groep	Matig	Bewegingsinterventie was effectief voor verschillende groepen patiënten en kon ook een duurzame gedragsverandering teweeg brengen. Er was een vergelijkbaar effect met cognitieve gedragstherapie.
Effect of a WeChat-Based Intervention (Run4Love) on Depressive Symptoms Among People Living With HIV in China	2020	Guo Y Et al.	RCT	Volwassenen +18 jaar	Onbekend	Onbekend	De WeChat gebaseerde interventie Run4Love reduceert de depressie-ernst significant.
Examining the impacts of 12 weeks of low to moderate-intensity aerobic exercise on depression status in patients with systolic congestive heart failure	2019	Abdelbasset WK Et al.	RCT	Volwassenen 40-60 jaar	Individueel	Laag – matig	Twaalf weken laag tot matig intensieve aerobe activiteit is veilig en effectief voor het verlagen van de ernst van depressie bij patiënten met chronisch hartfalen.
Effects of aquatic exercise on mental health, functional autonomy and oxidative stress in depressed elderly individuals: A randomized clinical trial	2019	Silva LAD Et al.	RCT	Ouderen 50-80 jaar	Individueel	Laag	Een oefenprogramma in het water vermindert depressie en angst, verbetert functionele autonomie en vermindert oxidatieve stress bij

							ouderen met depressie. Een lage intensiteit trainingsprogramma kan bijdragen aan de behandeling van depressie.
Program ACTIVE II: Outcomes From a Randomized, Multistate Community-Based Depression Treatment for Rural and Urban Adults With Type 2 Diabetes	2019	de Groot M Et al.	RCT	Volwassenen +18 jaar	Individueel	Onbekend	Er was een significante verbetering van de klachten van depressie en diabetes in de interventiegroepen.
A Long-Term Exercise Intervention Reduces Depressive Symptoms in Older Korean Women	2019	Jin Y Et al.	RCT	Ouderen +75 jaar	Individueel	Onbekend	De bewegingsinterventie van zes maanden, wat zowel krachttraining als wandelen inhield, verbeterde de depressieve klachten.
Antidepressants or running therapy: Comparing effects on mental and physical health in patients with depression and anxiety disorders	2023	Verhoeven JE Et al.	(partiële) RCT	Volwassenen 18-70 jaar	Groep	Onbekend	Beide interventies hebben een gunstig effect op mentale gezondheid, looptherapie was effectiever.
Effect of a Nurse-Led Exercise Program on Depression in Elderly Patients with Diabetes	2024	Peng L Et al.	Retrospectief	Ouderen +60 jaar	Individueel	Onbekend	Beweging is een effectieve behandeling voor depressie bij patiënten met diabetes type 2.
Effects of Physical Activity on the Stress and Suicidal Ideation in Korean Adult Women with Depressive Disorder	2020	Koo KM Et al.	Retrospectief	Volwassenen en ouderen +18 jaar	Individueel	Onbekend	Flexibiliteitstraining heeft een grote rol op het reduceren en voorkomen van stress en suïcide ideatie bij Koreaanse vrouwen met depressie

Bijlage 6: Lijst van de antwoorden op de open vragen van de vragenlijst

Wat zijn uw redenen om patiënten met een depressieve stoornis wel door te verwijzen naar 'Bewegen op Verwijzing'?

- Patiënten die zelf moeilijk zijn te motiveren om meer te bewegen of bij wie de drempel hoger ligt. Ook voor patiënten die niet goed weten waar ze moeten beginnen of die iets meer ondersteuning nodig hebben
- Zou denk ik wel nuttig zijn want 'gezonde geest in een gezond lichaam'. Beweging draagt bij aan een beter herstel en gemoed. Beweging is vaak het eerste dat wegvalt bij een depressie
- Activatie als deel van de behandeling
- Ondersteuning bij opstarten van beweging
- Aangetoonde positieve gezondheidseffecten van bewegen (en buiten komen in natuur)
- Activering, dagstructuur, sociaal contact, iemand die hen motiveert
- Geef het advies om buiten te komen en te bewegen, nog niet aan bewegen op verwijzing in dit kader gedacht
- Zet een mens in beweging , eerder via wandelcoach/ therapeut
- Beweging is goed voor mentale gezondheid
- Vooral bij mensen met een depressieve stoornis die zelf ook de vraag hebben om hulp te krijgen bij bewegen
- Daginvulling, corpus sana in corpore sano
- Nog nooit over nagedacht
- Wetenschap toont aan dat het erg goed helpt ,liefst in het groen
- 70% minder herval
- Bij inerte mensen
- Sociaal contact en uit isolement halen
- Bewegen werkt antidepressief
- Beweging maakt endorphinen vrij
- De verwijzing zelf = geeft gevoel van beleidsmaking en opvolging
- Aangetoonde meerwaarde van beweging op depressieve klachten
- Mensen die weinig tools hebben of moeilijk in beweging zijn te krijgen. Oudere leeftijd
- Laagdrempelig, betaalbaar, georganiseerd bewegen en niet allen op initiatief van patiënt
- Positieve impact van bewegen op gezondheid
- Zal nuttig zijn, soms moeilijk om patiënten te activeren, lijkt me op die manier handig
- Activering wanneer dit zelfstandig niet lukt
- Bewegen is key
- Beweging kan op een positieve manier de mentale beleving beïnvloeden
- Effectieve EBM behandeling
- Effectieve therapie
- Isolement doorbreken
- Dagstructuur, bezig zijn met lichaam
- Patiënten met depressieve stoornis zijn omwille van anhedonie vaak erg passief, serotonine/dopaminevrijzetting tijdens sporten
- Lichamelijke klachten

- Als ze zelf niet tot bewegen toekomen, enkel in bed liggen, geen sociaal vangnet dat met hen gaat bewegen
- Dagindeling, mens sano in corpore sano, positief effect van groen op het gemoed
- Bewegen heeft voordelen op vlak van mentaal welzijn, biedt dagstructuur, verbetert nachtrust en kan . Past binnen zoveel mogelijk niet-medicamenteus te behandelen.
- Nog niet over nagedacht - vermoedelijk kan dit wel helpen om depressieve patiënten te motiveren tot beweging
- Beweging als essentieel deel in behandeling van depressie
- Beweging is goed voor depressie
- Activatie is natuurlijk een deel van de behandeling
- Dagstructuur
- Multifactoriële benadering, belangrijk aspect in opbouwen sociaal contact etc.
- Beweging heeft positieve impact op mentaal welzijn
- Bewegen is altijd een goed idee
- Het belang van lichaamsbeweging voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid
- bewegen heeft een bewezen effect op mentale weerbaarheid

Wat zijn uw redenen om patiënten met een depressieve stoornis niet door te verwijzen naar 'Bewegen op Verwijzing'?

- Patiënten die al veel bewegen of die minder ondersteuning nodig hebben
- Ik weet niet of een bewegen op verwijzing coach kan omgaan met depressieve klachten en hoe aan te pakken. Zij hebben denk ik een andere aanpak nodig of vergt een andere insteek
- Indien te vroeg in de depressie met onvoldoende motivatie
- Niet aan gedacht, soms moeite om patiënt te overtuigen
- Bij nader inzien eigenlijk geen.
- Geen kennis over het nut hiervan bij depressieve stoornis
- Geen specifieke reden
- Niet aan gedacht
- Ze zijn niet gemotiveerd, ik heb er nog niet aan gedacht
- Eerlijk gezegd denk ik er meestal niet aan om deze patiënten te verwijzen
- Nog nooit over nagedacht in deze context
- Niet nodig
- Nog niet aan gedacht, ik probeer hen wel actief zelf aan het bewegen te krijgen, o.a. ook via NoV
- Niet gemotiveerd, reeds voldoende mantelzorg en wij opvang
- Majeure depressie, aanpassing medicatie
- Mogelijks nog eens extra 'taak' of 'druk' bij
- Waarom moet dit op verwijzing? Kan dit niet zonder voorschrift etc. uitvoerig geadviseerd worden
- Depressieve patiënten ervaren vaak weinig energie en hebben het moeilijk om initiatief te nemen (bijvoorbeeld om de BOV-coach te contacteren), waardoor de drempel soms te hoog is.
- Grote zelfstandigheid, jonge leeftijd?
- Ongekend concept door patiënt, in begin v klachten moeilijk om patiënt zover te krijgen
- Misschien feit dat ik het gevoel krijg dat patiënten hier niet voor openstaan? of er de energie niet voor hebben? hoewel het een heel mooi en waardevol initiatief is
- Ken te weinig de modaliteiten

- Geen interesse van patiënt uit
- Geen kennis, lack of motivation van pt
- Geen reden
- Motivatie van de patiënt
- Patiënten met depressie hiervoor moeilijk te motiveren
- Niet aan gedacht
- Ik heb er nog niet bij stilgestaan dat dit een goede indicatie zou zijn
- Beschikbaarheid
- Zelf voldoende ziekte-inzicht, omgeving gaat mee bewegen
- Omdat psycholoog en eventuele medicatie eerste belangrijke stap zijn
- Geen prioriteit in huidige probleemstelling (vb. suïcidaliteit of stabilisatie nodig), te grote drempel om naar andere zorgverlener (op andere fysieke plek) te gaan.
- Weinig motivatie, geen prioriteit
- Er niet aan denken.. want ik zie het nut zéker ervan in!
- Of geen vraag van patiënt uit om meer ondersteuning in beweging
- Nooit aan gedacht om de link te maken.
- Te vroeg in proces, geen motivatie, patiënt gaat zelf aan de slag
- Weinig engagement van patiënt
- Geen, eerder nog niet aan gedacht
- Niet aan gedacht
- De drempels die moeten genomen worden
- Moeilijkheid om de patiënten te activeren / motiverend gesprek niet altijd effectief
- Afhankelijk van stadium is deze stap niet haalbaar en is het bijv. meer haalbaar om patiënt al 10 minuten in omgeving te laten wandelen

Welke andere niet-medicamenteuze behandeling(en) gebruikt u bij patiënten met een depressieve stoornis?

- Psychologische begeleiding
- Fysieke activiteit zonder begeleiding van Bewegen op Verwijzing
- Advies om structuur in hun dag te brengen, regelmatig te eten en drinken, voldoende nachtrust, dagelijks bewegen (vb. blokje om wandelen)
- Psychologische ondersteuning.
- Psychotherapie (psycholoog/therapeut)
- Dagritme creëren, sociale contacten, buiten komen, bewegen, gezonde voeding"
- Dagstructuur, gezonde maaltijden, goede nachtrust en voldoende bewegen, liefst ook in de natuur (dagelijks minstens een half uur wandelen buiten). Piekerschriftje. Positief dagboek,...
- Dagstructuur, buitenkomen, verwijzing psycholoog
- Psychotherapie, bewegen
- Psychotherapie
- Mindfulness
- Eutonie
- Natuurwandelen
- Psychotherapie, dagstructuur, dagelijkse wandeling, gesprekstherapie
- Advies om dagelijks buiten te komen en korte wandeling te maken
- Opvolging bij psycholoog

- Psycholoog
- Psycholoog, relaxatietraining, mindfulness
- Aansporen om zelf te wandelen, mantelzorgers inschakelen
- Natuur op doktersvoorschrift, transcendente meditatie, Ademhalingsoefeningen, psycholoog
- Gesprek met mantelzorg en familie, beter omkaderen
- Cognitieve therapie
- Psychotherapie
- Mindfulness
- Psychotherapie
- Dagstructuur aanbrengen en gezonde gewoontes stimuleren
- Psycholoog, zelf beweging zoeken, workshops, coach
- Advies tot wandelen (id natuur), structuur
- Psychologische hulp
- Elke dag buitenkomen
- Proberen hobby's te zoeken, ontspanmomenten
- Dagstructuur, op zichzelf sporten
- Psycholoog, zelfstandige activering (opbouwend) en dagstructurering
- Hobby's
- Doorverwijzing psycholoog, groepstherapie, vrijwilligerswerk
- Natuur op voorschrift / diëtiste / lichttherapie / slaapeducatie
- Voorlichting, luisterend oor bieden, toepassen elementen CBT
- Psychologische begeleiding
- Dagstructuur, dagelijks min 30min actieve beweging buiten (fietsen/wandelen/tuinwerk/andere sport), slaaphygiëneadvies
- Psychotherapie, lichaamswerk
- CGT
- Psychotherapie, energiegevers laten zoeken
- Zich meermaals per week in een groene omgeving bevinden, aandacht voor dagstructuur, educatie rond slapen, verwijzing psycholoog
- Dagstructurering, activiteitenplanning, psychologie, soms SSRI's of TCA
- Dagactiviteiten beperken tot 3 dingen (per dag of week naargelang haalbaarheid): iets nuttig - actief - voor zichzelf. Haalbare activiteiten planning voorzien, psycho-educatie, arbeidsongeschiktheid als werk bijdraagt aan slechte situatie, dagstructuur, buiten komen, ...
- Sociale activiteiten aanraden, sport, psychotherapie
- Lichttherapie, psycholoog, mindfulness als aangewezen, wandelen, sociale activatie,….
- Psychologische ondersteuning, dagstructurering
- Verwijzing psychotherapie, bewegingssessies in de praktijk zelf of die ze zelf al hebben, dagstructurering, aanleren zelfzorg, opbouwen veerkracht...
- Back to basics (dag-nachtritme, dagelijks buitengaan, verschillende maaltijden per dag, ...), psychologische begeleiding, sociaal contact aanmoedigen
- Wandelen in de natuur, zingen, groepslessen, empathisch luisteren
- Verwijzing naar de psycholoog
- Naar groepstherapie
- De zelfstandigheid van de patiënt aanmoedigen in zijn eigen behandeling
- Psychotherapie

- Dagstructuur en ritme
- Goede voedings-en slaapgewoonten
- Opvolging en menselijk gesprek bij huisarts, empathie
- Proberen sociaal netwerk te versterken
- Oorzakelijk gaan kijken bijv. financiële problemen ed > proberen verwijzen naar diensten die dit mee opnemen

Wat vindt u goed aan 'Bewegen op Verwijzing'?

- Laagdrempelig
- Betaalbaar voor de patiënten
- Persoonlijke begeleiding met een schema die op maat wordt gemaakt
- Laagdrempelig, in de buurt, goedkoop
- De brede mogelijkheden
- Helpt mensen bij gezonde levensstijl
- Laagdrempelig, niet zo duur
- Goede manier om laagdrempelig patiënten meer te laten bewegen volgens hun eigen mogelijkheden
- Laagdrempelig, goedkoop
- Laagdrempelig project indien er goede coaches in de buurt werken.
- Coaching, patiënten worden gestimuleerd
- Concrete adviezen, opvolging
- Dat het er is
- Laagdrempelig (bereikbaarheid en financieel), goed opgevolgd, opvolgverslag komt nadien, geeft "rugzakje" aan patiënten waarbij deze dan verder kunnen bewegen en hun sociaal leven kunne hervatten
- Zeer goed project gestart in het Leuvense voor depressieve patiënten
- Beweging maakt endorphinen vrij
- De verwijzing zelf = geeft gevoel van beleidsmaking en opvolging
- Patiënt empowerment
- Creëren van duurzame gezonde gewoontes
- Laagdrempelig voor de meeste patiënten"
- Betaalbaar, veel opties
- Heel makkelijke website
- Verslagen die we krijgen van BOV coach eens coaching gestart
- Bewegen is gezond, nuttig, iedereen zou het moeten doen
- Terugbetaling
- Makkelijk toegankelijk
- Betaalbaar / het werkt / kwalitatieve zorg
- Laagdrempelig, goedkoop
- Laagdrempelig en goedkoop
- Er is regelmatige terugkoppeling waardoor ik als huisarts zicht heb op de vooruitgang/afmelden.
- Betaalbaar, mensgericht, kleinschalig
- Betaalbaar, laagdrempelig
- Motivatie van patiënten
- Specifieke begeleiding naar meer bewegen

- Website met kaart waarop ze zorgverleners kunnen bereiken
- Patiënten komen tevreden terug, programma op maat, medische problemen mee betrekken, alternatieven voorzien, opvolging, lage kost
- Goede optie voor mensen die niet goed weten wat ze graag doen van sport of hoe ze eraan moeten beginnen
- De feedback
- Sportief bezig zijn
- Laagdrempelig, lage kost
- Laagdrempelig, veel indicaties voor
- Dat we zelf niet moeten gaan zoeken waar wat wanneer en hoeveel het kost
- Verslag ter opvolging
- Goede kennis van sport en bewegingsmogelijkheden in de omgeving
- Ook afhankelijk van coach tot coach"

Wat vindt u niet goed aan 'Bewegen op Verwijzing'?

- Ik heb het gevoel dat de coaches bij bewegen op verwijzing te weinig onderbouwde kennis hebben. Ook de opvolging bij ons in de streek is niet altijd goed
- Blijft te theoretisch
- Patiënten vinden de tussenpersoon vervelend, starten liefst meteen bij iemand
- Weinig info, weinig mogelijkheden in lokaal bestuur
- Ik ken het niet genoeg (de modaliteiten)
- Ik mis concrete tips voor een effectieve voorschrijving (voorbeelden)

Heeft u nog bijkomende opmerkingen over het 'Bewegen op Verwijzing' project? We horen graag uw positieve of negatieve ervaringen en uw feedback.

- Ik krijg van de BoV-coaches geen feedback, dat vind ik jammer. Ik ben graag op de hoogte hoe het met een patiënt gaat en wat de evolutie is
- Zit nog niet echt in onze vingers.
- Echt contact noodzakelijk
- In onze buurt (Gierle/Lille) zijn er weinig coaches om naar te verwijzen waardoor de drempel voor de patiënt vaak hoger is
- Toch moeilijk om de mensen te motiveren die van zichzelf weinig bewegen
- Misschien de dienst meer in de kijker zetten via de media? vele mensen hadden er nog nooit van gehoord..
- Mogelijks kan het interessant zijn even toe te lichten wat 'Bewegen op Verwijzing' juist inhoud om nadien de vragen beter te kunnen invullen
- Een zeer interessant project, kunnen de resultaten hierover achteraf meegedeeld worden?
- Graag eens een goede uitleg
- Informatie, bekendmaking is nodig
- Niet veel info over
- De verwijsbrief online is te tijdsintensief - ik heb een verwijsbrief aangemaakt in CareConnect, dat werkt - in elke EMD zou een standaardverwijsbrief moeten komen, die je via e-mail naar de patiënt kun doorsturen - in CareConnect is BOV niet als behandeling aanwezig, dan kan beter

- Jammer dat er nog niet in elke gemeente een bewegingscoach is, waardoor drempel voor patiënten soms hoger is. De verslaggeving vind ik erg fijn en motiveert me ook om het aspect beweging mee op te nemen in de consultatie.
- Arsenaal uitbreiden ! bekendmaken! is zeer goed ook bv voor senioren, eenzaamheid, etc.
- Laagdrempeliger, fysiek nabijer in wijken, specifiekere toepassing voor bepaalde groepen (lage SES, migratieachtergrond)
- Nog weinig feedback ontvangen van patiënten - kaartje zou niet steeds up to date zijn
- Mensen zijn soms nogal sceptisch omdat ze het niet kennen. Evt. meer campagne hiervoor voeren
- Meer feedback. Vaak verwijs ik door en weet ik niet of de patiënt effectief tot bij de coach is geraakt
- Ik mis wel feedback. Zijn onze patiënten gegaan, hoe lang hebben ze het volgehouden, wat is hun volgende stap naar beweging?

Bijlage 7: Overzicht van de resultaten van de zelfmonitoring

onderzoeker	behandeling (uitz. eigen opvolging en BoV)	verwijzing BOV	motivatie	succesvolle verwijzing?
K.C.	psycholoog	ja	GEEN beweging	beweegplan, maar niet uitgevoerd
K.C.	psycholoog	nee	reeds voldoende beweging	
K.C.	acuut crisisteam	nee	gecompliceerd door psychose	
S.E.	psycholoog	ja		geen contact genomen met beweegcoach
S.E.	psycholoog	ja		geen contact genomen met beweegcoach
S.E.	geen extra begeleiding/medicatie	ja		succesvol
S.E.	geen extra begeleiding/medicatie	ja		geprobeerd, niet volgens verwachtingen van de patiënt
S.E.	geen extra begeleiding/medicatie	ja		succesvol
H.V.	mobiel crisisteam	nee	reeds voldoende beweging	
D.Ö.	mobiel crisisteam	nee	actieve suïcidaliteit en precaire sociale situatie met schulden, woningproblemen, problemen met kinderen	
D.Ö.	opstart dagopname psychiatrie	nee	psychose met ontspoorde thuissituatie: andere prioriteiten	

Bijlage 8: Persoonlijke reflecties

Persoonlijke reflectie van Kimberly Colin

Voor deze masterproef heb ik met 3 medestudenten samengewerkt. Deze keuze was vrijwillig en zelf gekozen. Met Hans heb ik in het verleden reeds een masterproef gemaakt. Met Deniz en Seppe niet. Beiden zijn geen uitstellers en dat was voor mij wel een belangrijk punt om goed samen te kunnen werken. De samenwerking in groep verliep vlot. We hebben onze overlegmomenten zowel online gevoerd als samen gekomen. Dit geldt ook voor de momenten met onze promoteren. Iedereen hield zich aan de afgesproken deadline en iedereen heeft zijn/haar bijdrage geleverd. Ook werden goede afspraken gemaakt. Zo had bijvoorbeeld Deniz de beste schrijfstijl, waardoor zij alles naar haar woorden heeft omgezet. Ik was beter in opzoekwerk en informatie samenvoegen waardoor ik vaak eerste versies maakte of reeds in puntjes de belangrijkste dingen al neerschreef om niets te vergeten in de tekst te verwerken. Het was wel moeilijk om momenten te vinden waarbij we alle vier samen konden afspreken, vermits we in verschillende groepen zaten qua ziekenhuisstage, in verschillende regio's werkten met verschillende seminariegroepen die ook nog eens op een verschillend uur startte en daarboven de verplichte wachten, waardoor ik helaas meermaals tijdens verlofperiode aan de masterproef heb moeten werken.

Initieel hebben we allemaal thema's opgeschreven over onderwerpen, dewelke we een masterproef wilden doen en hier kwam het onderwerp 'bewegen' naar boven. Na verder overleg zijn we op dit onderwerp gekomen. We hebben allemaal aan alle delen van de masterproef gewerkt. Ik heb mee het interview afgenomen met de BOV-coach. Bij de inleiding heb ik vooral opzoekwerk verricht over het onderdeel van BOV in cijfers, het Zweeds model en het effect op depressie. Verder heb ik het ethisch comité behandeld en ingediend, met de hulp van Hans waar ik vragen of problemen mee had. Voor de literatuurstudie zijn we alle vier samengekomen en gebrainstormd. Vermits we, na overleg met onze promotoren, eerst goede en brede Mesh termen moesten vinden heeft dit wel wat tijd en discussie teweeg gebracht. Hierna hebben we samen de databanken uitgespit. Elk van ons heeft de helft van de artikels bij elke stap in de literatuurstudie beoordeeld, waaronder ik dus ook. Na elke stap hebben we samengezeten. Dit was in elke stap de taak ofwel eerlijk verdeeld in twee ofwel tezamen uitgevoerd. De interventie heb ik net zoals al de anderen uitgevoerd zoals beschreven in de masterproef. Voor de vragenlijst van de huisartsen had ik de eerste versie met vragen gemaakt. Dit hebben we eerst nog samen bekeken en aangepast voor overleg met de promotoren. Ik heb vervolgens de definitieve vragenlijst gemaakt in word, welke Deniz daaropvolgend digitaal in orde heeft gebracht. Ik heb elk email adressen van de verschillende kanalen die we hebben aangeschreven, opgezocht. We hebben samen de mail opgesteld en beslist wanneer deze te verzenden. Voor het uitschrijven van de resultaten in deze masterproef heb ik vooral de focus gelegd op de eigen interventie schrijven. In de initiële versie van de resultaten van de literatuurstudie had ik ook een deel geschreven, maar ik heb niet geholpen in het herschrijven hiervan. Hierna heb ik de aanzet van de discussie geschreven, echter ook deze hebben we veel moeten herschrijven. Tot slot had ik ook de eerste versie van conclusie voorzien. Na elke beoordeling van de promotoren hebben we telkens met vieren alles herschreven en nadien elks de teksten apart herlezen.

In deze zelfreflectie dien ik ook kort een visie op wat het werk nu voor het werkveld betekent neer te schrijven. Deze vraag kan verschillend geïnterpreteerd worden. Het zelf schrijven van een wetenschappelijk werk heeft in de praktijk voor mij geen meerwaarde, vermits ik geen wetenschappelijk onderzoek ga schrijven als ik huisarts ben. Echter om dit te kunnen maken, heb je wel veel achtergrond nodig over wat een goed onderzoek is. Dit is wel belangrijk om kritisch met informatie om te gaan. Zeker in een maatschappij waar er de gekste zaken zijn onderzocht met de nog gekkere conclusies die vooral mooie koppen geven maar minder bijdragen aan de medische wereld. Ik ben wel van mening dat dit doorheen de opleiding geneeskunde reeds voldoende werd meegegeven. Anderzijds kan de vraag naar mijn visie op wat het werk nu voor het werkveld betekent, gaan over de inhoud van mijn masterproef. Voor het antwoord hierop moet ik verwijzen naar onze conclusie. Wij huisartsen hebben een heel uitgebreid takenpakket, zowel curatief als preventief als administratief zeer uitgebreid. Depressie vraagt een toch meer tijdrovende opvolging op korte termijn dan vele van onze andere taken. Echter hier is niet altijd de tijd en ruimte voor (denk maar aan een infectieseizoen). Daarenboven is er bij de gespecialiseerde psychologische hulp toch vaak enige wachttijd waardoor dit toch ook voor een stuk op onze schouders valt. Hierbij is dan een BOV-coach een goede hulp om de taak van het meer bewegen bij een depressie te behelpen. Hierbij kan je dan als arts ook op het onderdeel van bewegen werken voor de behandeling zonder kostbare consultatietijd hieraan te verliezen.

Persoonlijke reflectie van Seppe Everaert

Samen met 3 collega's HAIO's (huisartsen in opleiding) heb ik gedurende de opleiding van de ManaMa huisartsgeneeskunde gewerkt aan een masterproef rond bewegen op verwijzing. Dit onderwerp werd gekozen na een brainstorm met de collega-HAIO's. In deze masterproef zijn we gaan kijken wat het effect is van bewegen op depressie en hoe dat huisartsen BOV (Bewegen Op Verwijzing) gebruiken ter behandeling van een depressie. Dit door middel van een literatuurstudie, een vragenlijst die verstuurd werd naar collega huisartsen en HAIO's in de provincie Antwerpen en ook een eigen interventie waar we zijn gaan kijken hoeveel mensen met depressieve klachten en depressie we zelf doorverwijzen naar beweging op verwijzing en tegen welke barrières we aanbotsten.

Deze masterproef was een ander type van studie vergeleken met de masterproef die ik aflegde in de master geneeskunde. Bij dit onderzoek kwam het uitvoeren van een literatuurstudie veel sterker aan bod. Dit was een enorme opportuniteit voor mij aangezien dit bij de andere masterproef nauwelijks aan bod kwam. Bovendien hebben we meer gebruik gemaakt van AI-programma's (artificiële intelligentie), wat quasi nog niet bestond ten tijde van de vorige masterproef.

We hebben onder ons vieren getracht om het werk zo gelijkwaardig mogelijk te verdelen. Alle 4 hebben we meegewerkt aan de daadwerkelijke literatuurstudie en bovendien zijn we alle 4 bezig geweest met het uitvoeren van de interventie. Het uitschrijven van resultaten en discussies gebeurde door 1 à 2 personen met steeds feedback en gezamenlijk herschrijven nadien, zowel online als in persoon. Bij het afnemen van het interview met de BOV-coach waren we tevens alle 4 aanwezig. Naar mijn gevoel liep deze samenwerking erg vlot en hebben we een goede verdeling van de werklading nagestreefd. Dit om spanningen te vermijden en een gelijkwaardigheid in werk te bereiken.

De zaken die ik vooral alleen onder mijn verantwoordelijkheid nam, waren de bronvermeldingen en het AI (artificiële intelligentie) gebruik tijdens de literatuurstudie. Ik heb hiervoor gekozen aangezien ik reeds heel wat ervaring had met het programma Endnote waarmee we deze bronnen citeerden. Zodoende heb ik dit onder mijn vleugels genomen. Ik zorgde ervoor dat de bronnen in de juiste referentiestijl werden toegevoegd aan de masterproef. Bij de literatuurstudie werd er na de eerste zoekopdracht enorm veel resultaten weerhouden. Ik heb met een AI-programma (Rayyan) de verdeling gemaakt van de artikels over de 4 teamleden, dit op een blinde manier om bias te voorkomen. Bijkomend ben ik ook de persoon geweest die de dubbele artikels uit onze resultaten heeft gehaald. Rayyan duidde dit aan en ik heb dit nadien handmatig gecontroleerd of deze artikels inderdaad duplicaten waren of niet. Bovendien denk ik ook dat ik de persoon was die lette op belangrijke deadlines (vb: het ethisch comité, indieningsdatum van tussentijdse stand van zaken etc).

Tijdens het uitwerken van de vorige masterproef in de master geneeskunde was AI iets dat aan het opkomen was. Aangezien we er toen nauwelijks gebruik van gemaakt hebben, was het bijzonder leerrijk om gebruik te maken van het AI-programma Rayyan. Dit programma werd aangeraden door 1 van de begeleiders van de masterproef. Dit programma heeft mij enorm geholpen met de literatuurstudie en heeft mij ook getoond dat AI een enorm nuttige tool is zolang je er kritisch blijft over nadenken. Moest ik in de toekomst nog een nieuwe literatuurstudie uitvoeren en/of begeleiden, ga ik dit programma zeker aanraden en gebruiken.

Vooraleer ik met deze masterproef en dit onderwerp aan de slag ging, had ik reeds over bewegen op verwijzing gehoord. Dit door middel van reclame op televisie en een korte vermelding in 1 van de lessen. Initieel dacht ik dat dit vooral een hulptool was voor mensen met een motorische problematiek (Rugklachten, gewrichtsproblemen etc) of overgewicht. Ik had er helemaal niet bij stil gestaan dat dit programma ook voor tal van andere pathologieën gebruikt kon worden zoals depressie.

De behandeling van depressie bestond voor mij uit het begeleiden van de patiënt met regelmatige opvolgingen, doorverwijzingen naar de psycholoog/psychiater en zo nodig het opstaren van een medicamenteuze behandeling. Door deze masterproef ben ik me gaan realiseren dat er ook andere mogelijkheden zijn in de opvolging van een depressie, waaronder BOV. Bijkomend was het enorm leerzaam om zelf eens te ervaren wat drempels zijn om BOV voor te schrijven. Vanuit de theorie is het erg makkelijk om te zeggen dat beweging een hoeksteen dient te zijn in de behandeling terwijl de praktijk dikwijls anders is.

Bovendien ben ik meer vertrouwd geraakt met BOV en durf ik dit nu ook te gebruiken bij andere pathologieën. Ik heb mijn collega artsen in de andere praktijken ook proberen warm te maken om BOV te gebruiken. Ik heb zelfs speciale doorverwijsboekjes aangevraagd bij gezond leven om doorverwijzingen te optimaliseren. Deze boekjes heb ik uitgedeeld aan de collega's om hen ook te motiveren dit programma te gebruiken.

Deze masterproef heeft mij het programma BOV beter leren kennen en leren toepassen in de praktijk. Bovendien heb ik ook een andere insteek bijgekregen voor de behandeling van depressieve klachten en depressie naast opvolging door huisarts en psycholoog. Dit ga ik blijven toepassen de rest van mijn carrière als huisarts. Ik ben er vrij zeker van dat zonder deze masterproef, ik onvoldoende informatie hierover had en dit dan ook nauwelijks tot niet ging toepassen in de praktijk.

Persoonlijke reflectie van Deniz Önder

Drie jaar geleden besloot ik om voor deze masterproef samen te werken met drie collega's uit mijn opleiding. Voor mijn eerste masterproef in de master geneeskunde werkte ik samen met een andere goede vriendin. Deze samenwerking was me erg bevallen en hielp me om efficiënt te werken. Het schrijven van een masterproef vergt veel geduld en tijd. Steun van collega's kan hierbij helpen om de productiviteit te bewaren. Daarom wilde ik ook deze keer samenwerken met collega's in plaats van deze uitdaging alleen aan te gaan.

Voor de keuze van het onderwerp hebben we elks enkele interessante topics naar voren geschoven met een mogelijke onderzoeksvraag. Daarna hebben we gestemd op onze drie favoriete onderwerpen. Hieruit konden we een top 3-lijstje samenstellen, waaruit 'Bewegen op Verwijzing' werd gekozen. Dit was het onderwerp dat mij ook boeide. Bewegen op Verwijzing (BOV) is een langer bestaand project. Desondanks merkte ik tijdens mijn stages dat het weinig werd gebruikt om de patiënt aan te zetten tot een gezonde levensstijl. We wilden de focus leggen op de blik van de huisarts en in het eerste jaar besloten we gaandeweg om ons te richten op het gebruik van BOV bij mensen met een depressie. Er is namelijk in de samenleving een groeiende bewustwording over het positief effect van beweging op ons mentaal welzijn en op depressieve klachten. Intuïtief veronderstelden we dat een bestaand project zoals BOV goed gebruikt zou kunnen worden om dit te stimuleren.

In elk onderdeel van de masterproef werkten we nauw samen en had iedereen een belangrijke inbreng. Vaak werd eerst samen besproken wat we wilden beschrijven in een sectie en nam iedereen een stukje op zich om dit verder uit te schrijven. Later werd dan alles gezamenlijk nagelezen en werden opmerkingen van de anderen herwerkt. Zo heeft bijvoorbeeld iedereen een stuk van de inleiding geschreven op basis van het verkennend literatuuronderzoek over het ontstaan en de werking van BOV. In de resultaten werden de bevindingen van de vragenlijst voornamelijk door Hans en die van de zelfmonitoring door Kimberly geschreven. Seppe en ik hielden ons op dat moment bezig met het uitschrijven van de resultaten van de literatuurstudie. Bij verdere taakverdeling hielden we rekening met ieders sterke kanten: zo stond Hans in voor het opstellen van de tabellen en figuren in deze thesis en Seppe zorgde ervoor dat de bronvermeldingen correct werden genoteerd. Kimberly gaf vaak de eerste aanzet voor het uitschrijven van teksten. Ik nam het herschrijven van de masterproef in een vloeiende tekst op mij gedurende het hele proces. Nadien lazen de collega's het nog eens na en gaven hun feedback.

Een groepswerk met vier mensen vergt goede afspraken om een fijne samenwerking te garanderen en misverstanden te voorkomen. We planden regelmatig overlegmomenten in, fysiek of online. Het was niet altijd even gemakkelijk om een gepast moment voor ons allen te vinden met onze eigen drukke agenda, maar dit is ons toch tamelijk goed gelukt. De enkele keren dat een van ons niet aanwezig kon zijn op een vergadering werd hij/zij nadien gebrieft over de genomen beslissingen. We probeerden rekening te houden met elkaar wanneer het voor een ander een drukkere periode was door vele wachtdiensten of de ziekenhuisstage. Zo nam bijvoorbeeld Kimberly het indienen van de aanvraag voor het Ethisch Comité spontaan op zich en later probeerden we haar meer te ontzorgen wanneer de stage voor haar drukker werd. Bij meningsverschillen werden deze meteen besproken in groep. Er werd geluisterd naar ieders opinie om zo tot een consensus te komen die door iedereen gedragen werd. Over het algemeen kan ik stellen dat onze samenwerking de afgelopen jaren steeds fijn en

respectvol verliep. Dankzij deze masterproef heb ik niet enkel geleerd om een kwantitatief onderzoek uit te voeren, maar heb ik ook mijn vaardigheden als samenwerker verder verfijnd.

Deze masterproef deed me tijdens mijn consultaties vaker denken aan BOV als een tool om patiënten meer te activeren. Ik probeerde regelmatig mensen – met of zonder mentale klachten – door te verwijzen. Vaak botste ik echter op een weerstand en waren de patiënten weinig gemotiveerd om een eerste stap te zetten. De onbekendheid van BOV onder de algemene bevolking en de verplaatsing naar 'een andere locatie' voor een gesprek met de beweegcoach vormden vaak een drempel. Tijdens overlegmomenten met mijn praktijkopleider dachten we na over hoe we deze barrières konden wegwerken. Ik kwam op het volgende idee: zou het voor onze patiënten drempelverlagend werken als een BOV-coach in ons praktijkgebouw consultaties zou houden? Met deze gedachte startte ik een proefproject in de praktijk. Ik nam contact op met de lokale BOV-coach en samen spraken we af dat ze maandelijks een halve dag bij ons consultaties zou voeren. Ons multidisciplinair team was enthousiast om mee te werken en probeerde vaker patiënten door te verwijzen naar de beweegcoach. Regelmatig werden de collega's op de hoogte gebracht van de agenda, zodat het project onder de aandacht zou blijven. Wij zorgden ook voor publiciteit over dit project met affiches en flyers in de praktijk. Na een proefperiode van drie maanden koos de beweegcoach om dit project stop te zetten omwille van regelmatige late annulaties (redenen waren vaak: ziekte, werk, vervoersproblemen, …). Toch ben ik blij dat ik de kans kreeg dit project uit te werken. Zo heb ik geleerd om een project op te starten in een grote praktijk en kon ik mijn organisatorische vaardigheden verbeteren.

Beweging is zeer belangrijk voor de fysieke én mentale gezondheid. Het aanbieden van tips en tricks in de kabinet aan patiënten met depressie kan een goede eerste stap vormen. Maar als huisarts heb ik het gevoel dat ik de kennis mis om patiënten hierbij intensief te begeleiden. Vaak is er helaas ook te weinig tijd in een consultatie om hier meer op te focussen. Daarom geloof ik dat BOV een goed uitgewerkt project is dat kan dienen om mensen meer in beweging te krijgen dankzij de beweegcoaches. Aan de hand van deze masterproef ondervond ik welke weerstanden patiënten, zorgverleners en ikzelf soms kunnen voelen tegenover dit initiatief. Ik hoop dat dergelijke studies deze barrières helpen weg te werken en een aanzet vormen tot meer publiciteit rond BOV.

Kortom, deze masterproef kende een intens, maar boeiend leertraject. Ik heb veel bijgeleerd als zorgverlener en als mens. Ik bedank Hans, Kimberly en Seppe voor de fijne samenwerking in de afgelopen jaren!

<u>Persoonlijke reflectie van Hans Vaerten</u>

Naar mijn gevoel verliep de samenwerking vanaf het begin zeer vlot. Bij het kiezen van een thema voor onze masterproef hebben we gekozen om elks 1à2 onderwerpen te bedenken en aan elkaar voor te stellen. Hierbij hebben we dan individueel een ranglijst van gemaakt, om dan tenslotte gezamenlijk te bekijken welke optie het hoogst scoorde. Zo zijn we uiteindelijk geland op het thema 'bewegen op verwijzing'.

In het begin was het nog wat zoeken hoe we concreet een onderzoeksvraag, en hieraan gekoppeld een masterproef, over konden bedenken. Daarom hebben we bij het opstellen van het abstract er ook voornamelijk voor gekozen om onze focus nog zeer breed te houden en al wat oriënterend onderzoekswerk te verrichten rondom dit project. Na ons eerste contact met onze promotor

prof. Tsakitzidis, hebben we dan besloten om ons meer specifiek te richten op het gebruik van bewegen op verwijzing bij mensen met een depressie/depressieve stoornis.

Het opstarten van onze masterproef en het schrijven van het abstract gebeurde grotendeels in groep door ons vier tezamen. Hierbij hebben we dan enkele thema's/onderwerpen gekozen die we zeker verder wouden bespreken in onze inleiding, en deze dan verdeeld om verder individueel uit te werken. Zo heb ik voornamelijk 1.4 en 1.7, rond de praktische werking het project en potentieel effect van bewegen op depressie, opgesteld. Nadien hebben we dan in groep al onze individuele teksten tezamen genomen, overlopen en herschreven waar nodig om één coherente schrijfstijl te krijgen.

Ook het opstellen van de methodologie gebeurde volledig in groep op basis van adviezen en onze promotoren. De gebruikte databanken, het selecteren van de zoektermen en het bepalen van extra inclusie/exclusiecriteria gebeurde allemaal tezamen. Bij de verdere screening van de artikels werden deze telkens onderverdeeld in 4 even grote groepen, en werden vervolgens per persoon 2 van deze groepen beoordeeld, zodat iedereen uiteindelijk de helft van alle artikels telkens bekeken had. Na elke stap van de screening werden onze selecties uiteindelijk in groep besproken. Ook het opstellen van de vragenlijst werd door ons alle 4 tezamen gedaan.

Voor het verder uitschrijven van de resultaten hebben we opnieuw gekozen om de verschillende stukken tekst te verdelen. Hierbij werden deel 3.1, 3.5 en 3.7 initieel door mijzelf geschreven. Ook de figuren en tabellen van onze resultaten werden door mij opgemaakt. Uiteindelijk werden alle onze teksten gezamenlijk gelezen en besproken, en werden deze uiteindelijk herschreven door Deniz om zo een uniforme schrijfstijl te bekomen.

Onze discussie werd allereerst geschreven door de andere 3 groepsleden in een eerste draft. Na feedback van onze promotoren heb ik individueel dit stuk herwerkt en herschreven. Ook dit werd dan uiteindelijk weer gezamenlijk overlopen en door Deniz aangepast naar dezelfde schrijfstijl als de resultaten.

Doorheen heel dit proces heb ik het groepsaspect dan ook altijd positief ervaren, en denk ik dat dit ook een verrijking heeft gegeven aan de inhoud alsook de kwaliteit van het uiteindelijke werk. Zo gaf dit het voordeel dat er telkens met 4 kritisch werd gekeken naar ieders werk, en konden we bij elkaar terecht voor hulp als we ergens op vast liepen. Ook gaf dit extra ideeën en inzichten die misschien verloren waren gegaan als we in een kleinere groep hadden gewerkt. Dit bracht dan wel als klein nadeel met zich mee dat we op sommige momenten misschien iets meer tijd verloren rond bepaalde stukken tekst, omdat we net met 4 een definitief akkoord moesten geven. Echter denk ik niet dat dit opweegt tegen de uiteindelijke meerwaarde die het met zich meebrengt, en valt het ook niet te onderschatten hoeveel tijd er dan weer individueel gewonnen werd door het onderverdelen van de verschillende taken.

Ook het feit dat we 2 extra copromotoren doorheen het traject hebben gekregen, bovenop onze vaste promotor gaf telkens weer een nieuwe frisse blik en andere inzichten die we verder konden verwerken. Het feit dat zij ook telkens een andere opleiding hadden als ons, namelijk kinesitherapie i.p.v. huisarts, gaf ook dat zij met dit onderwerp op een andere manier in aanraking komen op professioneel vlak als ons. Ook dit gaf weer een bredere kijk met zich mee.

Uiteindelijk merk ik dat ik zelf nu ook meer gebruik maak van bewegen op verwijzing, naarmate we verder vorderde in onze masterproef. Niet enkel bij mensen met een depressie, maar ook bij andere pathologieën. Ik was dan ook al door mijn persoonlijke interesse in sport en sportgeneeskunde, alsook vanuit persoonlijke ervaring, op voorhand al enorm overtuigd van het positieve effect van bewegen op mentale gezondheid. Bij patiënten met depressie maak ik nu telkens ook deel van de consultatie tijd om beweging en sport te bespreken, en hen ook te overtuigen van het belang om hier ook tijd voor te maken. Hierbij ben ik zelf toch ook nog wat op zoek naar hoe ik BOV dan in het grotere behandelplaatje kan implementeren zonder patiënten te overspoelen. Ik denk dan ook persoonlijk dat dit zeker niet bij elke patiënt met depressie de perfectie oplossing is om meer in te zetten op bewegen om hun mentale gezondheid te gaan verbeteren, maar ben er wel van overtuigd dat het in sommige gevallen een handige tool kan zijn. Ik verwacht echter wel dat dit qua time management in de toekomst beter zal lukken om toch meer te integreren bij deze consulten wanneer ik door meer ervaring hier ook efficiënter in zal worden.