KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Beweeg je naar een gezondere toekomst: een partnership tussen artsenpraktijk Kursaal en de gemeente Koksijde.

Batyr Anastasia, KULeuven

Promotor: Goderis Geert

Co-promotor: Van Den Broeke Carine

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Fascinerend Koksijde Oostduinkerke

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Praktijk verbeterend project: beweeg je naar een gezondere toekomst: een partnerschip tussen artsenpraktijk Kursaal en de gemeente Koksijde voor personen met diabetes type 2.
dr. Batyr A, prof. dr. Goderis G, prof Van Den Broeke C, dr. Cottenie P.
contactgegevens: Artsenpraktijk Kursaal, Kursaallaan 11, 8670 Koksijde

Context: dit 1-jarig pilootproject voor personen met diabetes mellitus type 2, is een toepassing van as 1 van het chronische zorgmodel. Hierbij wordt mondeling bewegingsadvies omgezet naar een bewegingsinterventie, aangezien deze combinatie een bewezen positieve invloed heeft op de fysieke activiteit. De zaal en de sportcoach werden gesubsidieerd door de gemeente Koksijde.

Onderzoeksvraag: wat is het effect van een partnership tussen de artsenpraktijk Kursaal en een community (gemeente Koksijde) om personen met diabetes mellitus type 2 van 40 t.e.m. 80 jaar aan te zetten 1 uur conditiegymnastiek per week te volgen?

Methode: patiënten van 40 t.e.m. 80 jaar konden van 5 september 2014 tot en met 29 mei 2015 deelnemen aan 1 uur conditiegymnastiek per week. Alle oefeningen hadden een middelmatige tot lage intensiteit. Deelnemers konden de oefeningen op hun eigen tempo uitvoeren. De nadruk van de lessen lag op blijvende participatie
Het pilootproject bestond uit 2 delen: kwantitatief en kwalitatief. Voor het kwantitatief deel werden de dossiers van alle patiënten met diabetes mellitus type 2 van 40 t.e.m. 80 jaar overlopen op leeftijd, geslacht en geneesmiddelen inname. Vervolgens werden per patiënt een vragenlijst ingevuld om de Age adjusted Charlson Comorbidity Index, 1 jaar en 10 jaar overleving en relatief risico op dood te bepalen. Ten slotte werd bij alle deelnemers een evaluatie afgenomen, waarbij uitspraken gescoord konden worden op een VAS schaal van 0 tot 10.
Het kwalitatief deel omvatte 2 deelaspecten. Ten eerste werd bij aanvang aan elke patiënt de reden van deelname gevraagd. Ten tweede werden 2 focusgroepen opgericht: een groep bestaande uit deelnemers en een groep van niet-deelnemers. Het doel van deze focusgroepen was om informatie te verzamelen omtrent de verwachtingen van patiënten.

Resultaten: 17 personen namen deel aan het initiatief. Aangezien de conditiegymnastiek overdag plaatsvond, waren de deelnemers overwegend gepensioneerd. Er namen meer mannen deel aan het initiatief, deze verhouding werd tevens waargenomen in de totale populatie (58,8% t.o.v. 54,7%). De gemiddelde geneesmiddelen inname lag beduidend lager bij de deelnemers, dan bij de totale populatie (5,47 t.o.v. 7,15). De 2 oudste deelnemers die tot de leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 behoorden, waren opvallend fitter dan hun leeftijdsgenoten in de totale populatie.
De belangrijkste reden om niet deel te nemen was een gebrek aan motivatie (25,5%). Het belangrijkste positief effect van deelname was het verhoogde algemene welzijn (41,6% van de gegeven meningen). De meeste patiënten namen deel, omdat ze fysieke activiteit zinvol vonden (20,7%). Gemiddeld werden 49% van de lessen gevolgd. Slecht 1 persoon stopte na de eerste les.
De deelnemers waren in het algemeen tevreden van het initiatief. De begeleiding van zowel de huisarts (8,6 op 10), als de sportcoach (8,7 op 10) kregen hoge scores. De deelnemers stonden open voor deelname aan het initiatief het komende jaar (7,7 op 10).

Conclusie: dit pilootproject toonde aan dat de samenwerking met een bestaande organisatie de slaagkansen van een initiatief verhoogt. Potentiële deelnemers worden het best gecontacteerd op een manier die interactie tussen dokter en patiënt toelaat, op consultatie, via telefoon of per e-mail. Het initiatief moet afgestemd worden op de individuele behoeften van de populatie, dit kan door middel van een focusgroepgesprek. Verder wordt een persistente deelname voortdurend bedreigd door een gebrek aan motivatie. Dit kan echter worden opgevangen door personen niet individueel, maar in groep te laten bewegen en ze als huisarts periodiek te contacteren voor feedback.

ICPC-code: diabetes mellitus type 2 (T 90)

Inhoudstafel

Abstract 2

Dankwoord 5

1. Inleiding 6

1.1. Onderzoeksdoel en motivatie. 6

1.2. Onderzoeksvraag 7

2. Oriënterend literatuuronderzoek 7

2.1. De opzoekingsvraag 7

2.2. De zoekstrategie 7

2.3. De selectie van de artikels 8

2.4. Literatuurstudie 8

2.4.1. Fysieke activiteit en diabetes 8

2.4.2. Bestaande initiatieven 9

3. Onderzoeksmethode 10

3.1. Zoektocht naar initiatieven in Koksijde 10

3.2. Organogram van het project 11

3.3. Selectie van de deelnemers 11

3.3.1. Opstellen lijst van alle DM II patiënten 11

3.3.2. Contacteren van patiënten 12

3.4. Intake consult bij de huisarts 13

3.5. De conditiegymnastiek 14

3.5.1. Voorbereiding 14

3.5.2. Verloop van de lessen conditiegymnastiek 15

3.5.3. Profiel sportcoach 15

3.6. Informatieverwerking 15

4. Resultaten 16

4.1. Profiel van de deelnemers 16

4.1.1. Deelname aan het project 16

4.1.2. Leeftijdsdistributie 16

4.1.3. Geslachtsverdeling 17

4.1.4. Inname van geneesmiddelen 18

4.1.1. Co-morbiditeiten 19

4.1.2. De 1-jaars overleving 20

4.1.3. De 10-jaars overleving 21

4.1.4. Het relatief risico op dood (RR dood) 22
4.2. Deelname 23
4.2.1. Redenen om niet-deel te nemen 23
4.2.2. Reden om deel te nemen 23
4.2.3. Aanwezigheid in de lessen 24
4.2.4. Redenen om te blijven deelnemen 25
4.2.5. Redenen om deelname stop te zetten 25
4.2.6. Redenen voor afwezigheid 26
4.3. Focusgroepen 26
4.3.1. Niet-deelnemers 27
4.3.2. Deelnemers 29
4.3.3. Sportcoach 31
4.4. Evaluatie project 32
4.4.1. Evaluatie eerste les 32
4.4.2. Evaluatie initiatief 32
5. Discussie 33
6. Conclusie 35
7. Toekomst 36
8. Bronnen 37
9. Bijlagen 38
9.1. bijlage 1: goedgekeurd protocol 38
9.2. bijlage 2: gunstig advies Ethisch Comité 39
9.3. bijlage 3: informatiebrochure (Nederlands) 41
9.4. bijlage 4: informatiebrochure (Frans). 43
9.5. bijlage 5: vragen focusgroep niet-deelnemers. 45
9.6. bijlage 6: vragen focusgroep deelnemers. 45
9.7. bijlage 7: vragen sportcoach. 46
9.8. bijlage 8: aangepaste infobrochure (Nederlands). 48

Dankwoord

Deze thesis heeft me in staat gesteld zelf een pilootproject te organiseren, dat zou blijven voortbestaan na het beëindigen van mijn opleiding tot huisarts. De opstart van een dergelijk project was niet eenvoudig, ik had Vlaanderen doorkruist om de nodige informatie te verzamelen. Het motiveren van de deelnemers bleek moeilijker dan eerst bedacht. Op een bepaald moment wist ik niet zeker of er voldoende deelnemers zouden zijn om het initiatief te laten starten. Maar dankzij 17 gemotiveerde personen, ging de conditiegymnastiek vlot van start.

Deze masterthesis zou niet mogelijk geweest zijn zonder de steun van een paar gemotiveerde personen die het beste van zichzelf hebben gegeven. Eerste en vooral wil ik mijn promotor, Goderis Geert en mijn copromotor, Van Den Broeke Carine, bedanken voor hun leerrijke begeleiding. Tevens wil ik Cottenie Paul en Kyndt Sandy bedanken voor hun hulp bij het bekend maken van het pilootproject bij de patiënten. Ik wil de gemeente Koksijde bedanken voor het subsidiëren van een zaal en sportcoach, zonder hun financiële steun zou het initiatief niet bestaan hebben. Een speciaal dankwoord gaat uit naar Vanoverschelde Nele voor haar inzet tijdens de conditiegymnastiek en voor het aanwakkeren van de motivatie bij de deelnemers. Mijn dank gaat uit naar Boemer Magali die de informatiebrochure en het beweegdagboek in het Frans vertaald heeft. Ik wil alle deelnemers bedanken voor hun participatie. Ten slotte wil ik Verbeeck Cédric bedanken voor zijn hulp bij de gesprekken met de focusgroepen, de talrijke praktische tips tijdens het schrijven van mijn thesis en zijn steun doorheen het project.

Anastasia Batyr 30/03/2015

1. Inleiding

Talloze studies werden reeds gepubliceerd over het nut van fysieke activiteit bij personen met diabetes type 2. Toch toonden verschillende studies aan dat het voor een huisarts niet evident is om sedentaire personen te activeren door middel van bewegingsadvies (1). Verder bracht deze thesis de haalbaarheid van een bewegingsinterventie opgestart door de huisarts in kaart.

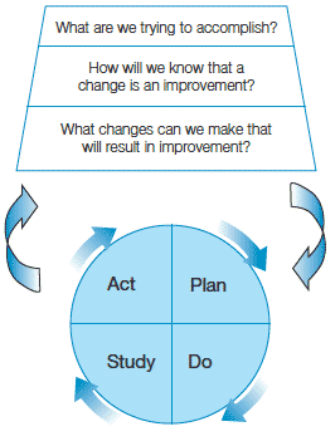
Dit 1-jarig pilootproject was gebaseerd op as 1 van het chronische zorgmodel(2). Het focuste op een belangrijk hiaat in de gezondheidszorg. Het zette namelijk een theoretische bewegingsadvies om in een bewegingsinterventie. Hierbij werd beroep gedaan op een lokale organisatie, namelijk de sportdienst van de gemeente Koksijde. Dit project genoot dus de steun van de gemeente Koksijde.

Van 5 september 2014 tot en met 29 mei 2015 konden patiënten van artsenpraktijk Kursaal met diabetes mellitus type 2 vanaf 40 tot en met 80 jaar, deelnemen aan matig intense lessen conditiegymnastiek. Deze lessen vonden wekelijks plaats op vrijdagmorgen in een zaal die zich op 1,5 km van de praktijk bevond. De tijdsduur van elke les bedroeg 1 uur. Voorafgaand aan de aanvang van deze conditiegymnastiek sessies vond een kort intake gesprek bij de huisarts plaats. De opvolging gebeurde door middel van de routine consulten in het kader van de diabetes type 2 en periodieke telefonische contacten. Dit bood de mogelijkheid om de lichamelijke en psychische effecten van de lessen te bespreken, alsook eventuele knelpunten bloot te leggen.

1.1. Onderzoeksdoel en motivatie.

Heden ten dagen rijzen nieuwe medicamenteuze behandelingen voor diabetes mellitus type 2 als paddenstoelen uit de grond. Huisartsen moedigen fysieke activiteit aan, maar stellen tevergeefs vast dat dit onvoldoende effect heeft om gedragsverandering teweeg te brengen. Deze masterthesis combineert bewegingsadvies met een bewegingsinterventie. Deze combinatie heeft een bewezen positieve invloed op de fysieke activiteit (1, 3).

Het project houdt rekening met het 'Model for Improvement'(5). Dit model is opgebouwd rond 3 vragen: 1) Wat wil men bereiken? 2) Hoe zal men weten of er verandering is opgetreden? 3) Welke veranderingen kunnen leiden tot verbetering? (4, zie Figuur 1).



Figuur 1: Model for Improvement.

Model for Improvement: antwoorden op de 3 vragen:

1) Het initiatief wil de invloed van een samenwerking tussen de huisarts en de sportdienst van de gemeente Koksijde nagaan op de compliantie voor een bewegingsinterventie.
2) De afname van sedentair gedrag zou zichtbaar worden door opvolging van de aanwezigheid van de deelnemers tijdens de conditiegymnastiek.
3) Indien de deelnemers gemotiveerd blijven om deel te nemen aan de conditiegymnastiek, zou dit leiden tot een vermindering van het sedentaire gedrag en een verhoging van het algemene welzijn van de deelnemers.

1.2. Onderzoeksvraag

Deze thesis tracht een antwoord te formuleren op de volgende vraag: **wat is het effect van een partnership tussen artsenpraktijk Kursaal en een community (gemeente Koksijde) om personen met diabetes mellitus type 2 van 40 tot en met 80 jaar aan te zetten 1 u conditiegymnastiek per week te volgen?**

De onderzoeksvraag bestaat uit 4 deelaspecten: hoe wordt een samenwerking opgestart die personen met diabetes mellitus type 2 aanzet meer te bewegen? Met welke elementen dient rekening gehouden te wordt tijdens de conditiegymnastiek? Wat zijn de voornaamste redenen om te participeren? Welke aandachtspunten zijn belangrijk voor toekomstige initiatieven?

In het antwoord tot deze vragen werd evenwel rekening gehouden met de beperkte tijd en financiële middelen die een huisarts voor handen heeft.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. De opzoekingsvraag

Het oriënterend literatuuronderzoek bestaat uit 2 delen. Ten eerste werden gegevens verzameld over de effecten van een bewegingsinterventie op het fysische en psychische welbevinden. Ten tweede werd gezocht naar informatie over bestaande initiatieven om een zicht te krijgen op de vereisten voor het oprichten van een geslaagde bewegingsinterventie.

2.2. De zoekstrategie

De zoekstrategie was enerzijds gebaseerd op het watervalprincipe, anderzijds werden artikels gevonden via persoonlijk contact met bestaande initiatieven in andere delen van Vlaanderen.
De online gegevensbank van The Cochrane library werd doorzocht op de termen ‘Diabetes type 2 and diet and exercise’. Dit leverde 8091 resultaten op, waarvan 12 Cochrane reviews. Hieruit werden er 2 geselecteerd, omdat ze het dicht aanleunden bij de onderzoeksvragen.
Vervolgens werd via google gezocht naar reeds bestaande initiatieven. Dit leverde het volgende document op: ‘VINO Themagroep: Totaaldiabetes’. Dit document bevat een bespreking van 4 bestaande initiatieven. Via mail en persoonlijk contact met de organisatoren van de initiatieven werden verwante artikels verzameld en praktische instructies bij het opstarten van een bewegingsinterventie.

Op 5 november 2013 vond in Brussel een diabetes symposium plaats. Dit ging voornamelijk over het belang van bewegingsinterventies bij diabetes type 2. Achteraf werden een paar aanwezigen aangesproken. Deze gesprekken gaven aanleiding tot het verkrijgen van een aantal interessante artikels.
Verder verscheen in het tijdschrift 'Huisarts Nu' een interessant artikel over een initiatief uit Leuven genaamd 'Bewegen op voorschrift'. Tot slot werden ook de richtlijnen van Domus Medica over fysieke activiteit bij obesitas en diabetes mellitus doorgenomen. Vervolgens werden een aantal van deze bronnen ook meer in detail nagelezen. De aanbevelingen van de gezondheidsgids van Domus Medica in verband met fysieke activiteit, werden tevens opgenomen in de literatuurstudie.

2.3. De selectie van de artikels

Het was vooral van belang dat de geselecteerde artikels praktische informatie en richtlijnen bevatten die getransfereerd kon worden naar de dagdagelijkse realiteit van de conditiegymnastiek.

2.4. Literatuurstudie

2.4.1. Fysieke activiteit en diabetes

Anno 2015 leed 10,1 % van de Europese bevolking aan diabetes, waarvan 85-90 % gediagnostiseerd was met diabetes type 2. In België werd de prevalentie van diabetes door de Internationale Diabetes Federatie geschat op 8,0 % van de volwassen bevolking, namelijk 1 op 12 personen. Jaarlijks waren er 2-3 nieuwe diagnoses van diabetes type 2 per huisartsenpraktijk (6).

Fysieke activiteit beschermt tegen de ontwikkeling van diabetes mellitus type 2. Bij hoog risicogroepen vermindert de ontwikkeling van diabetes mellitus type 2 met 58%, na minstens 150 minuten matige-intense lessen per week gedurende 3 jaar (4). Hierbij mag er niet meer dan 1 rustdag tussen twee sessies vallen.

Fysieke activiteit zorgt ook voor een beter controle van de suikerspiegels. De HbA1c daalt gemiddeld met 0,8% op 12 weken gecombineerde uithoudings- en krachtstraining. Een Cochrane review rapporteerde een reductie van HbA1c van 0,6% (7,8).
Naast uithouding en kracht, zijn bij personen ouder dan 65 jaar tevens lenigheids- en soepelheidsoefeningen belangrijk (9).
Bovendien zorgt fysieke activiteit voor een verhoogde medicamenteuze therapietrouw.
Fysieke activiteit veroorzaakt tevens een aantal belangrijke psychische effecten. Zo voelen personen die aan sport doen zicht algemeen beter en komen ze meer buiten. Deze elementen, alsook het beoefenen van sport in groep, bevorderen op zijn beurt sociaal contact.
Postprandiale hyperglykemie controle is belangrijk, aangezien zelfs patiënten met een HbA1C van minder dan 7,0, ondanks correcte medicamenteuze therapie en een gestandaardiseerd dieet, gedurende 24 % (standaarddeviatie van 5%) van de dag aan hyperglykemie lijden. Dit is gelijk aan een tijdsinterval van 5 uur en 50 minuten met een spreiding van 1 uur en 6 minuten. Er kan dus besloten worden dat medicatie op zich niet genoeg beschermt tegen postprandiale hyperglykemie (10). Bewegingsinterventies worden dan ook het best vlak na het ontbijt gepland, aangezien de postprandiale hyperglykemie 's morgens het hoogst is. Omdat een eenmalige trainingssessie de

insuline gevoeligheid gedurende 48 uur verhoogt, is het aan te raden om 3 tot 5 maal per week een training te voorzien. De frequentie van de trainingen is tevens afhankelijk van de intensiteit. Hoe intenser de training, hoe minder trainingen er per week nodig zijn (11,12). Een dagelijkse matig intense training van 30 minuten verlaagt de tijdsduur van de postprandiale hyperglykemie met 2 uur. Uit onderzoek blijkt dan een matig intense training van 60 minuten om de dag even effectief is, als een dagelijkse matig intense training van 30 minuten. Het is dus mogelijk om eenzelfde effect te verkrijgen met minder trainingen, als de oefenduur of de intensiteit toenemen.
Fysieke activiteit verhoogt de kans op hypoglykemie niet, indien er een optioneel tussendoortje voorzien is na de training (12).
Hoog intense trainingen worden meer aangeraden omdat ze een sterkere daling in HbA1c veroorzaken, dan matig intense trainingen. Nochtans kunnen hoog intense trainingen de orthopedische letselincidentie verhogen. Bovendien zijn personen met diabetes mellitus type 2 voorbeschikt voor het ontwikkelen van silentieuze cardiale ischemie bij zware inspanningen. Hoog intense training versnelt tevens de proliferatie van reeds bestaande diabetische retinopathie door een stijging van de bloeddruk(11). Al deze factoren kunnen naar een premature stop leiden. Voorlopig is er geen consensus rond de nadelen van hoog intense trainingen en is er verder onderzoek nodig om bovenstaande elementen beter te staven (1).
Daar de verhoging van de fysieke activiteit levenslang moet volgehouden worden, is ondersteuning van participatie belangrijk. Premature stop zorgt immers voor een sterke stijging van de HbA1c tot het oorspronkelijk niveau (11).
Voor het opstarten van een bewegingsinterventie dient rekening gehouden te worden met de medische veiligheid van het initiatief. Voethygiëne is hier een belangrijke factor, aangezien patiënten met diabetes type 2 vaak leiden aan polyneuropathie en een gebrekkige microcirculatie ter hoogte van de extremiteiten (11). De voeten moeten na elke training nagekeken worden op eventuele blaren of wondjes (8).
De bloeddruk dient regelmatig gemeten te worden, omdat deze gevoelig kan stijgen tijdens een inspanning (11).
Bij personen met een hoge co-morbiditeit, al dan niet gecombineerd met een slechte conditie, kunnen meerdere kortdurende trainingen veiliger zijn dan een paar langdurige (12).

Bewegingsinterventies hebben weinig impact op gewicht, BMI, vetpercentage, nuchtere glucose, totale cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol en bloeddruk (13). Een Cochrane studie toonde een lichte verlaging van triglyceriden (7).

2.4.2. Bestaande initiatieven

De overgrote meerderheid van initiatieven rond diabetes mellitus type 2 boden educatie over gezonde voeding en fysieke activiteit. Deze interventies vonden gewoonlijk plaats op het niveau van de individuele patiënt(4).

Een routine aanbeveling door de huisarts om meer te bewegen in de vorm van een minimale interventie, is onvoldoende om fysieke activiteit te verhogen. In combinatie met een bewegingsinterventie in samenwerking met de gemeente of bestaande sportprogramma's, heeft bewegingsadvies daarentegen wel een positief effect (1,3).

In Nederland ging in april 2003 het project ‘Big!Move’ van start. Dit project was bedoeld voor personen uit een achterstandswijk in Amsterdam die kampten met verschillende co-morbiditeiten en baat hadden bij een toegenomen fysieke activiteit. De deelnemers kregen meer zelfvertrouwen en waren meer bewust van hun eigen lichaam. Bovendien steeg hun mentale draagkracht en sociale betrokkenheid. De fysieke activiteit werd niet enkel door de interventie zelf, maar tevens door de toename van lichaamsbeweging tijdens de dagdagelijkse activiteiten verhoogd (14).

In Leuven werd recent, naar analogie met ‘Big!Move’, het project ‘Beweging op voorschrift ’opgestart. Het richtte zich tot de maatschappelijk kwetsbare personen en personen met gezondheidsklachten gerelateerd aan sedentair gedrag. Het doel van dit project was het activeren van sedentaire personen door hen naar een beweegcoach te verwijzen. Dit gebeurde door middel van een voorschrift om de nadruk te leggen op het feit dat fysieke activiteit even belangrijk is als medicatie. Hierbij werd een individueel plan opgesteld. De deelnemers konden kiezen uit een uitgebreid bewegingsaanbod in Leuven. Het project was een groot succes en kreeg bovendien steun van de Vlaamse overheid. Het bevorderen en ondersteunen van motivatie was één van de belangrijkste aandachtpunten. Te hoge intensiteit van sportactiviteiten, al dan niet vermeend tijdsgebrek, financiële problemen en vermoeidheid door slaapproblemen gooiden vaak roet in het eten. De motivatie om te blijven deelnemen werd bevorderd door nieuwe sociale contacten, fysieke vooruitgang en de relationele competenties van de sportcoach. Een verhoging van de fysieke activiteit werd vooral bij vrouwelijke deelnemers vastgesteld (15,16,17).

3. Onderzoeksmethode

De methode is opgebouwd rond de volgende 4 elementen: de zoektocht naar initiatieven in Koksijde, selectie van de deelnemers, het intake consult bij de huisarts en de conditiegymnastiek.

3.1. Zoektocht naar initiatieven in Koksijde

In de gemeente Koksijde worden sportactiviteiten georganiseerd die bedoeld zijn voor personen van middelbare leeftijd, namelijk ‘Sportelen voor 50-plusser’. Deze sportactiviteiten bestaan uit verschillende sporten met een verschillende intensiteit. Het doelpubliek zijn personen van 50 jaar en ouder.
Elke vrijdag wordt in een zaal in Koksijde-dorp conditiegymnastiek gegeven tussen 10:30 en 11:30 uur. Deze lessen hebben een lage tot matige intensiteit.
De conditiegymnastiek kon goed als bewegingsinterventie dienen, maar er was geen plaats meer voor nieuwe deelnemers. Er waren immers reeds 60 personen ingeschreven en de zaal was niet groot genoeg om meer deelnemers toe te laten. Er vond een overleg met de verantwoordelijke van de sportcoach van de conditiegymnastiek plaats. Zij was geïnteresseerd in het initiatief en diende een aanvraag bij de gemeente Koksijde in voor een bijkomend uur conditiegymnastiek op vrijdag van 9.15 uur tot 10.15 uur. Deze aanvraag werd in de lente van 2014 goedgekeurd.

3.2.Organogram van het project

De verhouding van de van de verschillende actoren van het pilootproject worden weergegeven in volgend organogram.



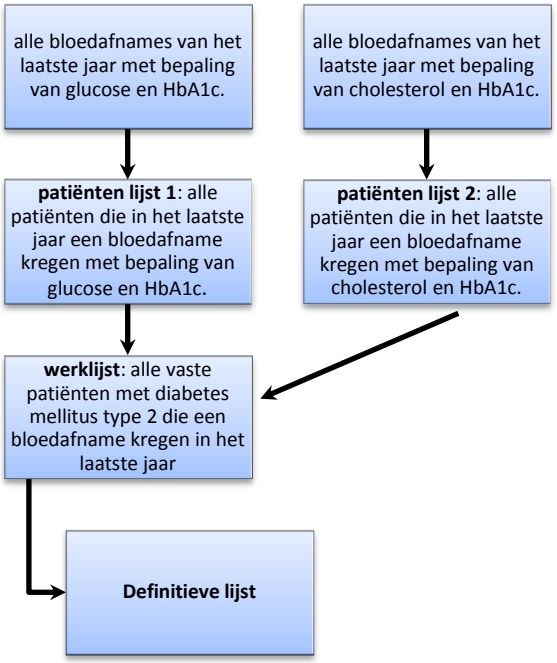
Figuur 2: organigram van het project

3.3. Selectie van de deelnemers

3.3.1. Opstellen lijst van alle DM II patiënten

De meeste medische software pakketten kunnen een lijst genereren van alle patiënten met een bepaalde ziekte. Medsoft, het medisch programma dat door de artsenpraktijk Kursaal gebruikt werd, was hier echter niet toe in staat.

Zoals te zien in Figuur 3, werden twee lijsten opgevraagd bij het medische laboratorium. Beide lijsten bevatten alle bloedafnames in het kader van diabetes mellitus. De eerste lijst bevatte alle bloedafnames van het laatste jaar met bepaling van glucose en HbA1c. Ter controle werd een tweede lijst opgevraagd: een lijst van alle bloedafnames van het laatste jaar met bepaling van cholesterol en HbA1c. Enkel de bloedafnames van het voorbije jaar werden opgevraagd om zo bloedafnames te selecteren van patiënten die regelmatig naar de huisartsenpraktijk kwamen. De gemeente Koksijde trekt immers in de zomer veel toeristen aan, die een eenmalige bloedafname laten verrichtten.
Daar een patiënt met diabetes mellitus type 2 tot 4 maal per jaar een bloedafname nodig heeft, behoorden vaak meerdere bloedafnames tot eenzelfde patiënt. Door alle bloedafnames van één patiënt te groeperen kon elke lijst omgevormd worden tot een lijst die de namen van alle patiënten met diabetes mellitus bevatte.
Vervolgens werden beide lijsten vergeleken met als doel één werklijst op te stellen. Deze werklijst bevatte de namen van alle patiënten die in het afgelopen jaar een bloedafname gekregen hadden.
Daar HbA1c ook bepaald wordt bij een afwijkende glycemie bij gezonde personen, werden de medische dossiers van alle patiënten op de werklijst overlopen.
Overleden patiënten werden natuurlijk niet meegenomen. Op deze manier werd een definitieve lijst opgemaakt.

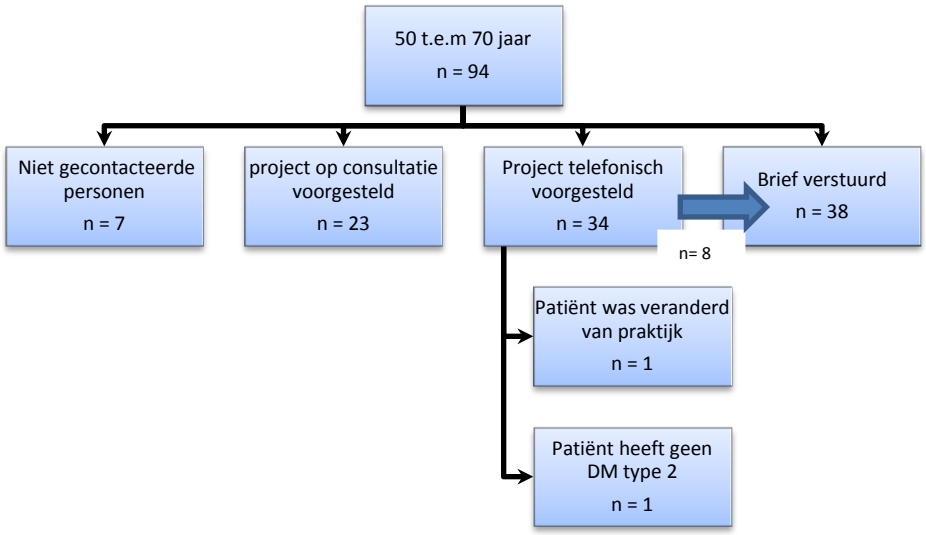


Figuur 3: opstellen van de definitieve lijst patiënten met diabetes type 2.

3.3.2. Contacteren van patiënten

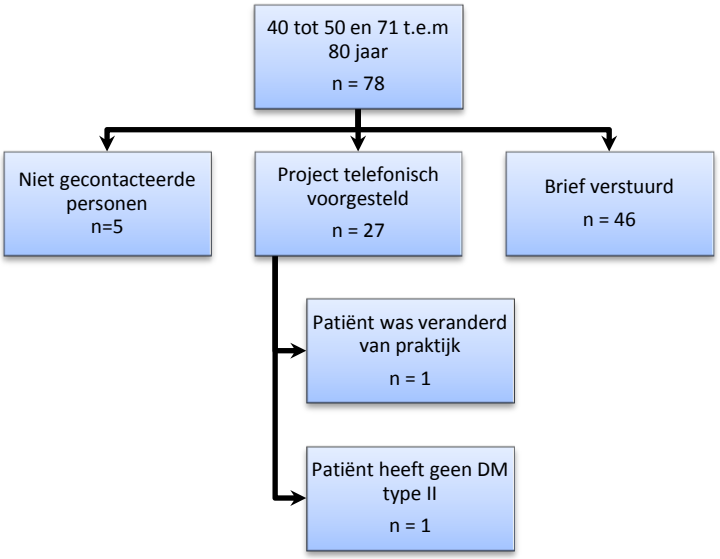
De bekendmaking van het initiatief verliep in twee delen. Aanvankelijk werden alle patiënten gecontacteerd vanaf 50 tot en met 70 jaar. De inschrijvingen begonnen midden juni en liepen tot aan de eerste les op 5 september. Dit leverde 13 personen op die minstens 1 les aanwezig waren. Aangezien het initiatief nog ruimte bood voor meer personen dan dat er aanvankelijk ingeschreven waren, werd in oktober besloten de groep uit te breiden met twee leeftijdscategorieën: van 40 tot 50 jaar en van 71 tot en met 80 jaar. Dit leverde 4 personen op die minstens 1 maal aanwezig waren.

Zoals te zien op Figuur 4, werden patiënten vanaf 50 tot en met 70 jaar tijdens de consultatie aangesproken, opgebeld of kregen ze een brief toegestuurd.
Zeven personen werden niet gecontacteerd om diverse redenen: 2 patiënten waren illegaal in het land, 1 patiënt had een dochter met een hersentumor, 1 patiënt had een CVA met hemiparese, 1 persoon leed aan een recent gediagnostiseerd endometriumcarcinoom, 1 patiënt waren reeds heel sportief en 1 persoon had onvoldoende kennis van Nederland en Frans.
Er werden 23 patiënten op consultatie aangesproken. Indien ze direct beslisten deel te nemen werd er aansluitend extra tijd genomen om een intake consult af te nemen. Personen die twijfelden kregen een antwoordstrook mee naar huis. Ze konden die strook voor deelname invullen en terugbezorgen aan de praktijk.
Een deel van de patiënten (34) werd telefonisch gecontacteerd. Hiervan was er 1 persoon van huisartsenpraktijk veranderd en 1 persoon leed aan diabetes type 1 in plaats van 2. Acht personen waren na twee pogingen niet telefonisch bereikbaar (zie blauwe pijl in Figuur 4). Zij kregen samen met 30 anderen een brief per post toegestuurd. Franstalige personen kregen de brief in het Frans toegestuurd.



Figuur 4: selectieprocedure deelnemers van 50 tot en met 70 jaar.

Zoals te zien in Figuur 3 werd een nieuwe lijst gemaakt van alle patiënten van 40 tot 50 jaar en van 71 tot en met 80 jaar. Aangezien de conditiegymnastiek reeds van start was gegaan moest het initiatief op een sneller tempo worden bekendgemaakt. Er werd gekozen om de personen enkel telefonisch of per brief op de hoogte te brengen.
Vijf patiënten werden niet gecontacteerd om diverse redenen: 1 patiënt overwinterde in Spanje, 1 patiënte was opgenomen in een rusthuis, 1 patiënt was verhuisd, in patiënt had een CVA met hemiparese en 1 patiënt was reeds heel sportief.
Ongeveer 1/3 van de patiënten werd telefonisch gecontacteerd. Hiervan was er 1 persoon van huisartsenpraktijk veranderd en 1 persoon leed aan diabetes type 1.Ongeveer 2/3 van de patiënten kregen een brief toegestuurd.



Figuur 5: selectieprocedure deelnemers van 40 tot 50 en van 71 tot en met 80 jaar.

3.4. Intake consult bij de huisarts

De intake gebeurde bij de huisarts-in-opleiding (HAIO) en was gratis. Tijdens het consult kreeg de patiënt uitleg over het pilootproject.

Geïnteresseerde patiënten kregen een informatiebrochure mee naar huis (zie bijlage 1 en 2). In deze informatiebrochure werden het doel en de werkwijze van het initiatief uitgelegd. Vervolgens werden de voordelen van fysieke activiteit opgesomd. Aangezien personen met diabetes mellitus type 2 vaak aan polyneuropathie lijden, was er een luik over voetcontrole (11). Hierin werd het nut van regelmatige voetcontroles toegelicht, gevolgd door een paar praktische tips over voetverzorging. De informatiebrochure bevatte tevens een korte uitleg rond gezonde fysieke activiteit. Ten slotte bevatte de informatiebrochure de contactgegeven van de praktijk en paar nuttige websites.

Er werd een strookje meegegeven dat deelnemers konden invullen indien men afhaakte. Zo kon men zicht krijgen op de belangrijkste redenen om deelname stop te zetten. Er werd gevraagd het informed consent te tekenen. Ten slotte werd de reden van deelname gevraagd. Alle documenten, uitgezonderd het informed consent, werden in de twee talen opgesteld: Nederlands en Frans.

3.5. De conditiegymnastiek

3.5.1. Voorbereiding

Voor aanvang van de conditiegymnastiek werden drie overlegmomenten met de sportcoach voorzien.

Tijdens het eerste overlegmoment werd het initiatief voorgesteld en de haalbaarheid van het project besproken. Er werd een schatting gemaakt van de omvang van de groep deelnemers. Deze werd aanvankelijk geschat op een 25-tal personen. Er werd naar manieren gezocht om het pilootproject af te stellen op de praktische informatie en richtlijnen die uit de literatuurstudie naar voor kwamen. Zo werd er beslist om de lessen ’s morgens vlak na het ontbijt te laten plaatsvinden gedurende meer dan 30 minuten, daar dit een positieve invloed heeft op de postprandiale hyperglykemie. Naar analogie met de literatuur bestond de oorspronkelijke conditiegymnastiek uit 4 bouwstenen: kracht, conditie, lenigheid en soepelheid. Deze indeling werd ook tijdens de bewegingsinterventie behouden. De intensiteit van de lessen werd laag tot middelmatig gehouden en ze werden aangepast aan de conditie van de deelnemers. Dit om sport gerelateerde letsels, silentieuze cardiale ischemie en proliferatie van reeds bestaande diabetische retinopathie te voorkomen. Er werd aan de deelnemers aangeraden om dagelijkse voetcontroles uit te voeren en goede sportschoenen te dragen tijdens de lessen, als preventie voor de vorming van diabetische ulcera. Hoewel in de literatuur hypoglykemie niet vaak voorkomt tijdens sportbeoefening, werd aan de deelnemers gevraagd een snack mee te brengen in kader van een mogelijke hypoglykemie. In de literatuur werd 150 minuten fysieke activiteit per week aangeraden. Het bleek echter onmogelijk om meerdere lessen per week te organiseren. Deelnemers werden mondeling aangespoord hun fysieke activiteit tijdens hun dagelijkse leven te verhogen.

Tijdens het tweede overleg werden een paar praktische zaken op punt gesteld, onder andere de exacte locatie en het tijdstip van de lessen. Daar de nadruk op participatie lag, werd besloten om de deelnemers de kans te geven de oefeningen op eigen tempo uit te voeren. Ze mochten tevens oefeningen overslaan indien die voor hen te zwaar waren. De partners van de deelnemers waren ook welkom. Om verplaatsing naar de lessen gemakkelijker te maken, werd een zaal gekozen op 1,5 km verwijderd van de praktijk.

Het derde overlegmoment vond plaats 1 week na de focusgroepen. Dit bood de mogelijkheid om een analyse te maken van het initiatief. Bovendien werden de lessen aangepast aan de wensen die de deelnemers tijdens het gesprek in de focusgroep hadden geuit (zie 5.3.3).

3.5.2. Verloop van de lessen conditiegymnastiek

De HAIO was aanwezig bij de aanvang van de eerste les om de mensen te ontvangen en eventuele bijkomende vragen te beantwoorden. Van de 13 deelnemers van 50 tot en met 70 jaar waren er 12 aanwezig. Eén deelnemer kon niet aanwezig zijn wegens vakantie.
De instructies tijdens de lessen werden in het Nederlands gegeven. Elke les bestond uit 5 delen: opwarming, conditietraining, lenigheidsoefeningen, evenwichtsoefeningen en tenslotte krachttraining. Alle oefeningen hadden een middelmatige tot lage intensiteit.

3.5.3. Profiel sportcoach

De sportcoach was een jonge vrouw. Ze had de opleiding licentiaat LO gevolgd met als keuzeoptie 'fysieke activiteit, fitheid en gezondheid' aan het universiteit van Gent. Haar thesis handelde over een bewegingsinterventie bij patiënten met type 2 diabetes in een ziekenhuissetting. Ze had dus ervaring in het begeleiden van patiënten met diabetes type 2. Daar ze conditiegymnastiek voor 50-plussers begeleide bij de gemeente Koksijde, was ze gewoon te werken met een ouder publiek.

3.6. Informatieverwerking

Het pilootproject bestond uit 2 delen: kwantitatief en kwalitatief. Voor het kwantitatief deel werden de dossiers van alle patiënten met diabetes mellitus type 2, deelnemers en niet-deelnemers, van 40 t.e.m. 80 jaar overlopen op leeftijd, geslacht en geneesmiddeleninname. Vervolgens werden per patiënt een vragenlijst ingevuld om de Age adjusted Charlson Comorbidity Index (CCI), 1-jaars en 10-jaars overleving en het relatief risico op dood (RR dood) te bepalen. Tevens werden de aanwezigheden van de deelnemers bijgehouden. Ten slotte werd bij alle deelnemers een evaluatie afgenomen waarbij uitspraken gescoord werden volgens de VAS schaal die reikt van 0 tot 10.
Het kwalitatief deel omvatte 2 deelaspecten. Ten eerste werd bij aanvang aan elke patiënt de reden van deelname gevraagd. Ten tweede werden 2 focusgroepen opgericht: een groep bestaande uit deelnemers en een groep van niet-deelnemers. Het doel van deze focusgroepen was om informatie te verzamelen omtrent de verwachtingen van patiënten ten aanzien van de lessen conditiegymnastiek.

4. Resultaten

Deze resultaten sectie bestaat uit 4 delen. Vooreerst worden de deelnemers vergeleken met de totale populatie. Nadien volgt een analyse van hun deelname. Vervolgens worden de resultaten van de twee focusgroepen besproken. Ten slotte volgt een evaluatie van het pilootproject door de deelnemers.

4.1. Profiel van de deelnemers

Om de karakteristieken van de totale populatie te kennen werden de medische dossiers van de totale patiëntenpopulatie met diabetes type 2 overlopen. De volgende parameters werden bijgehouden: leeftijd, geslacht en inname van geneesmiddelen. Vervolgens werd een elektronische vragenlijst ingevuld om de Age adjusted Charlson Comorbidity Index (CCI), de 1-jaar en 10-jaar overleving en het relatief risico op dood te bepalen (18).

4.1.1. Deelname aan het project

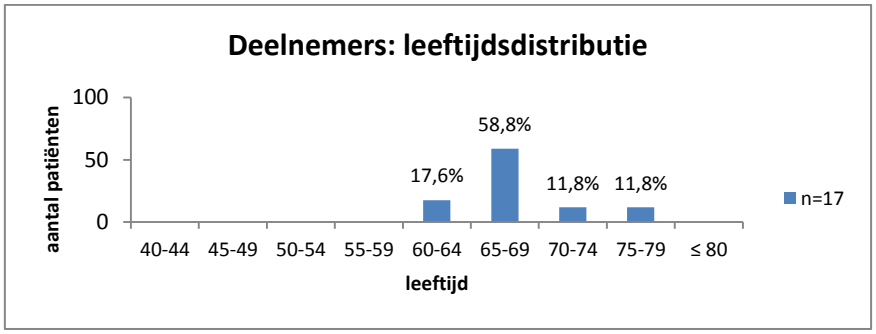
In het algemeen waren personen met diabetes mellitus type 2 niet eenvoudig te stimuleren om hun sedentair gedrag aan te passen. Dit bleek ook uit het percentage personen dat deelnam aan het initiatief. Slechts 17 patiënten (9,9 %) van alle aangesproken deelnemers hadden ten minste 1 les gevolgd (zie Figuur 6).



Figuur 6: deelname aan het project.

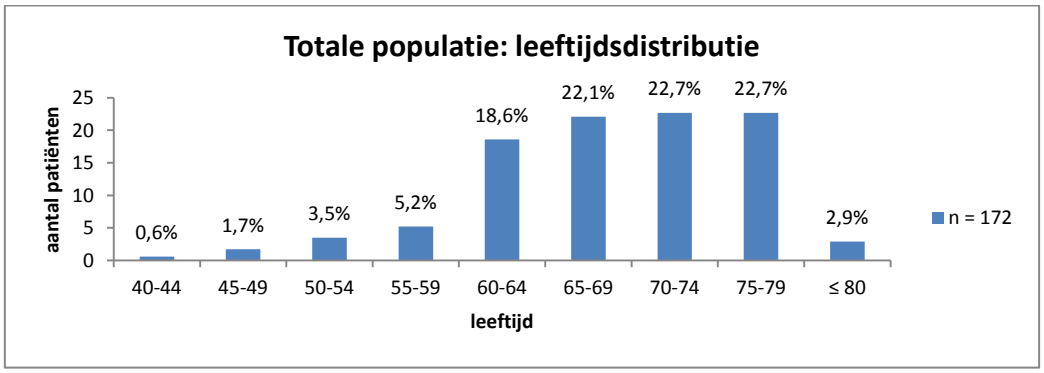
4.1.2. Leeftijdsdistributie

De leeftijdsdistributie van de deelnemers vertoont een piek in de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar, ter hoogte van 58,8% (10/17). De jongste deelnemers behoorden tot de leeftijdscategorie van 60 tot en met 64 jaar en de oudste tot deze van 75 tot en met 79 jaar. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg 67,8 jaar (zie Figuur 7).



Figuur 7: leeftijdsdistributie van de deelnemers

De gemiddelde leeftijd bij de totale populatie bedroeg 68,2 jaar met een standaarddeviatie van 7,658. De leeftijdsdistributie, zoals te zien op Figuur 8, is niet normaal verdeeld daar de p waarde van de normaliteitstest 0 bedroeg. Er is een duidelijke stijging bij de oudere leeftijdscategorieën (zie Figuur 8).

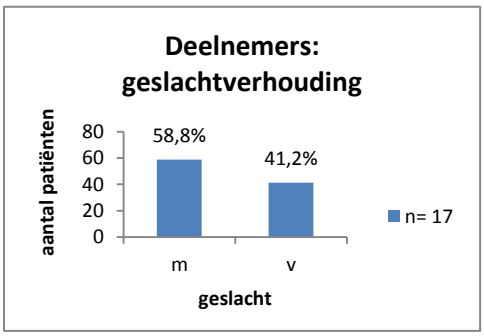


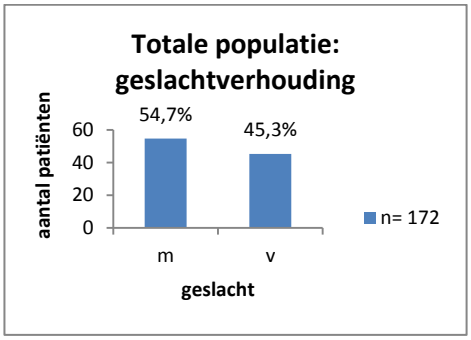
Figuur 8: leeftijdsdistributie totale populatie

De leeftijdsdistributie van de deelnemers startte bij de leeftijdscategorie van 60 tot en met 64 jaar. Nochtans behoorde 11,2 % (19/171) van de totale populatie tot de leeftijdscategorie van 40 tot 60 jaar. Dit was opmerkelijk daar alle patiënten van 40 tot en met 80 jaar aangesproken werden.
Bovendien bevatten de volgende leeftijdscategorieën telkens ongeveer evenveel patiënten met diabetes type 2: 65 tot en met 69jaar, 70 tot.en.met.74jaar, 75 tot en met 79 jaar. Deze trend werd niet gezien bij de deelnemers, waar 58,8% (9/17) van de patiënten van 64 tot en met 69 jaar oud was.
De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was vergelijkbaar met deze van de totale populatie, respectievelijk 67,8 en 68,2 jaar (zie Figuur 7 en 8).

4.1.3. Geslachtsverdeling

De geslachtsverhouding bij de deelnemers was vergelijkbaar met deze van de totale populatie (zie Figuren 9 en 10). Zowel de algemene populatie als de groep van de deelnemers telden ongeveer 10% meer mannen dan vrouwen. Dit verschil was nog meer uitgesproken in de groep van de deelnemers die bestond uit 58,8% mannen en 41,2% vrouwen (zie Figuur 10).

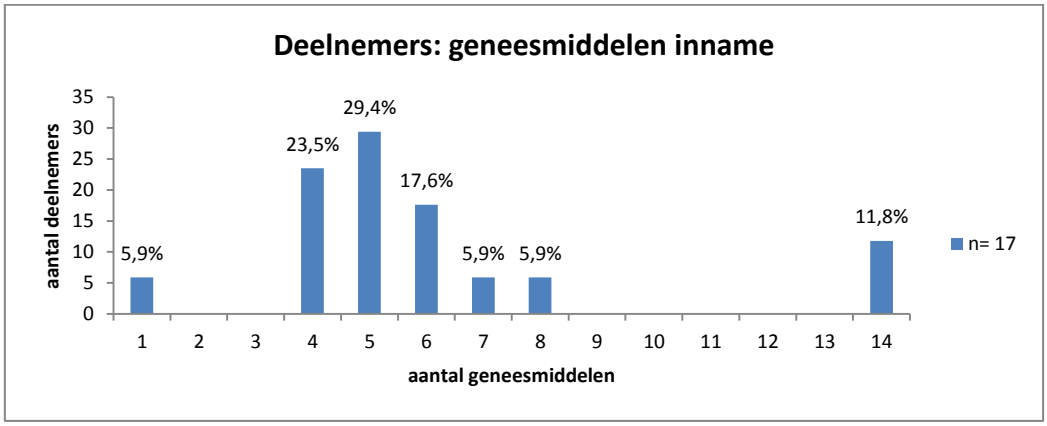




Figuur 9 en 10: de respectievelijk geslachtsverhouding van deelnemers en totale populatie.

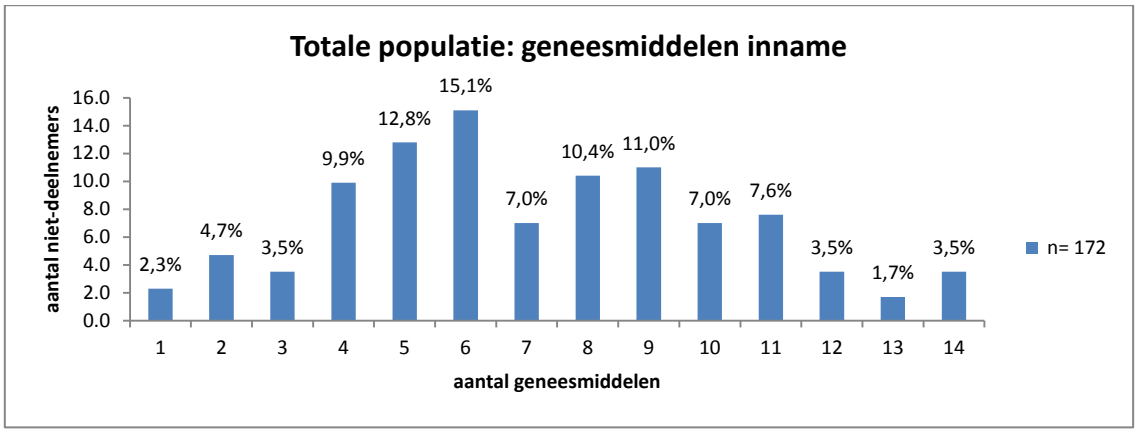
4.1.4. Inname van geneesmiddelen

Het aantal ingenomen geneesmiddelen werd berekend aan de hand van de gegevens van het medische dossier. Er werd enkel rekening gehouden met chronische medicatie. De inname van de geneesmiddelen bij de deelnemers varieerde voornamelijk tussen 4 en 8. Er waren drie uitschieters: 1 deelnemer nam 1 geneesmiddel en 2 deelnemers namen 10 geneesmiddelen. De gemiddelde geneesmiddelen inname bedroeg 5,47 (zie Figuur 11).



Figuur 11: geneesmiddelen inname van de deelnemers.

De verdeling van de geneesmiddelen inname van de totale populatie leek op een normale verdeling. De p-waarde van de normaliteitstest bedroeg echter 0,003, waardoor de geneesmiddelen inname niet als normaal verdeeld wordt beschouwd. Er werd een sterke daling vastgesteld bij patiënten die 7 geneesmiddelen innamen. Het gemiddelde aantal ingenomen geneesmiddelen bij de totale populatie bedroeg 7,15 met een standaarddeviatie van 3,121 (zie Figuur 12).



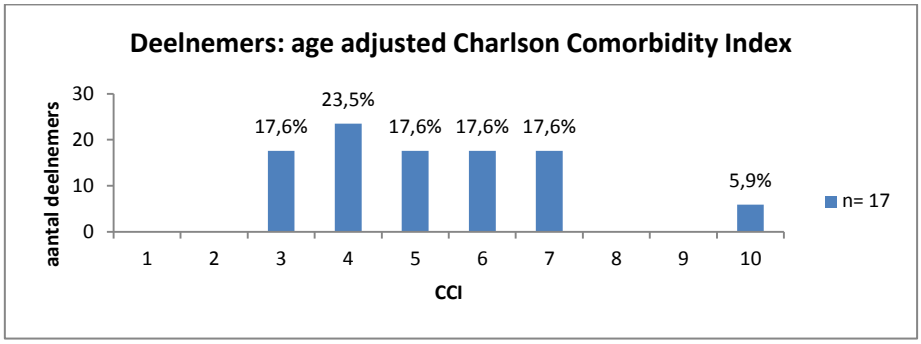
Figuur 12: geneesmiddelen inname van de totale populatie.

De gemiddelde geneesmiddelen inname van de totale populatie lag hoger dan die van de deelnemers, respectievelijk 5,47 en 7,15. Slechts 11% van de deelnemers nam meer dan 8 medicamenten per dag, terwijl dit bij de totale populatie 34,3% bedroeg (zie Figuur 11 en 12).

4.1.1. Co-morbiditeiten

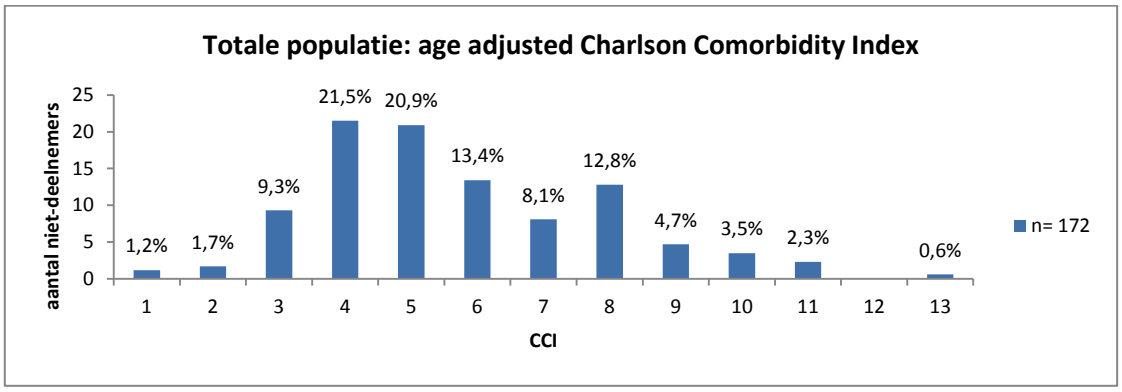
Om het aantal co-morbiditeiten op een betrouwbare manier weer te geven werd gebruik gemaakt van de Age adjusted Charlson Comorbidity Index (CCI), besproken in bron 19.

De CCI van de deelnemers varieerde tussen 3 en 7 met een lichte piek ter hoogte van een CCI gelijk aan 4, namelijk 23,5%. Eén deelnemer of te wel 5,9%, viel buiten dit interval met een CCI van 10 (zie Figuur 13). De gemiddelde CCI van de deelnemers bedroeg 5,24.



Figuur 13: age adjusted Charlson Comorbidity Index van de deelnemers.

De CCI van de totale populatie varieerde van 1 tot 13. Deze waarnemingen waren statistisch gezien niet normaal verdeeld daar de p-waarde 0 bedroeg. Het staafdiagram vertoont immers een tweede piek bij een CCI van 8. De gemiddelde CCI van de totale populatie bedroeg 5,73 met een standaarddeviatie van 2,206 (zie Figuur 14).

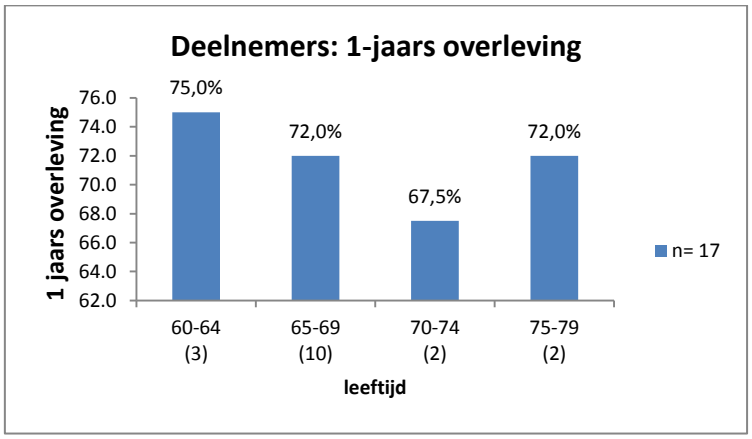


Figuur 14: age adjusted Charlson Comorbidity Index van de totale populatie.

De gemiddelde CCI van de deelnemers lag iets lager dan die van de totale populatie. In de totale populatie had 23,9% van de patiënten een CCI hoger dan 7, terwijl slechts 5,9% van de deelnemers een CCI van meer dan 7 hadden (zie Figuur 13 en 14).

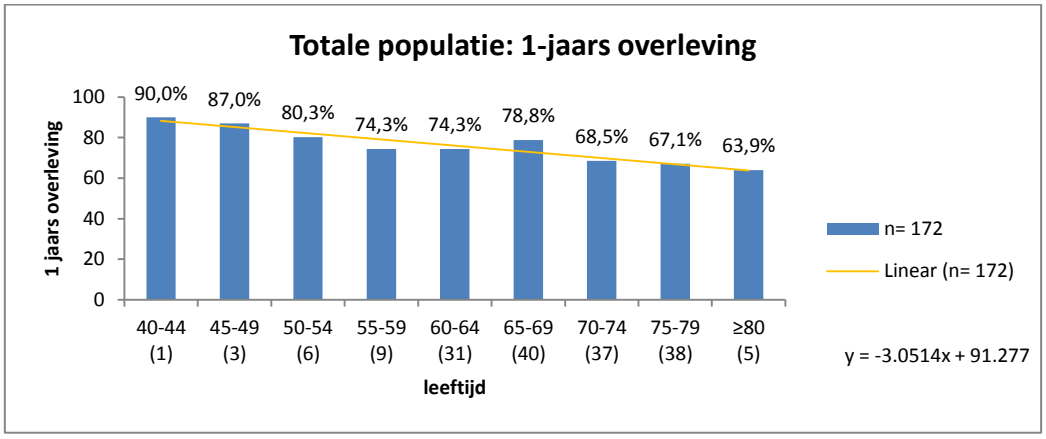
4.1.2. De 1-jaars overleving

De 1-jaars overleving van de deelnemers varieerde tussen 75,0% en 67,5%. De leeftijdscategorie van 70 tot en met 74 jaar had de laagste 1-jaars overleving. Daar deze groep slechts 2 deelnemers bevatte, was de relevantie van deze bevinding beperkt (zie Figuur 15).



Figuur 15: de 1-jaars overleving van de deelnemers.

De 1-jaars overleving van de totale populatie vertoonde een lineaire verband, de overleving daalde namelijk met de leeftijd. De startwaarde voor deze regressie was 91,277% bij een leeftijd van 40 tot en met 44 jaar. Er was een absoluut verlies van 3,0514 procentpunt bij overgang van de ene leeftijdscategorie naar de volgende. Onder procentpunt wordt een absoluut verschil tussen percentages verstaan. Het staafdiagram vertoonde een abnormaal hoge 1-jaars overleving in de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar (zie Figuur 16).

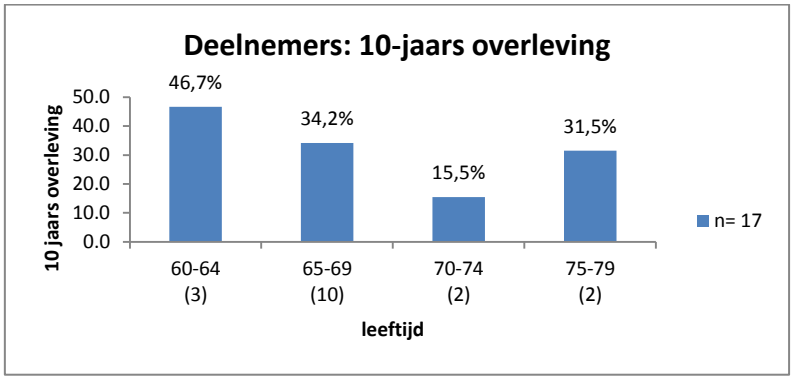


Figuur 16: de 1-jaars overleving van de totale populatie.

Gegeven het beperkt aantal deelnemers per leeftijdscategorie konden geen statistisch significante conclusies getrokken worden. Toch had de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar een lagere 1-jaars overleving dan dezelfde categorie in de totale populatie, respectievelijk 72,0% en 78,8%. Verder hadden de twee deelnemers van 75 tot en met 79 jaar een hogere 1-jaars overleving dan dezelfde categorie in de totale populatie, respectievelijk 72,0% en 67,1% (zie Figuren 15 en 16).

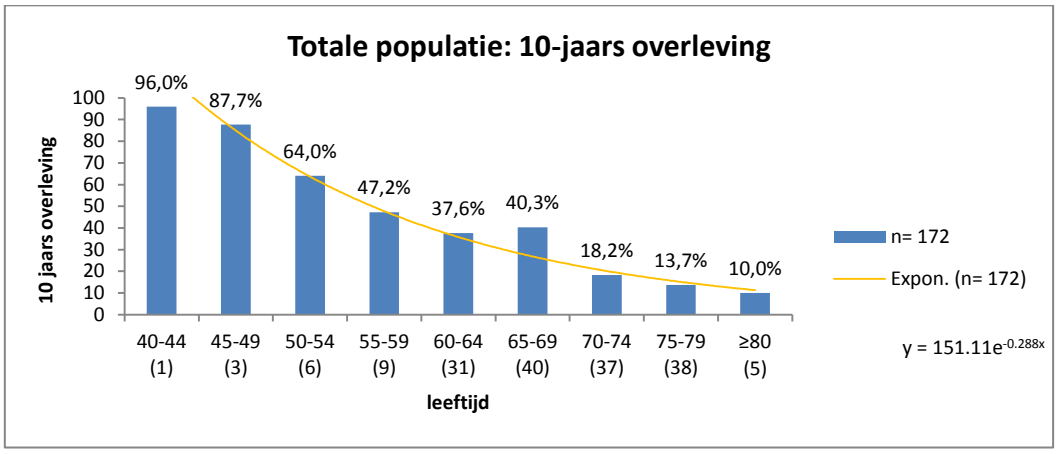
4.1.3. De 10-jaars overleving

De 10-jaars overleving bij de deelnemers varieerde van 15,5% bij de leeftijdscategorie van 70 tot en met 74 jaar tot 46,7% bij de leeftijdscategorie van 60 tot en met 64 jaar. De laagste waarde van de 10-jaars overleving was ' <20', daar deze waarde niet opgenomen kon worden in de staafdiagram, werd ze vervangen door 10. Wat overeen kwam met de mediaan van 0 en 20 (zie Figuur 17).



Figuur 17: de 10-jaars overleving van de deelnemers (met <20 = 10).

Het staafdiagram van de 10-jaars overleving bij de totale populatie benaderde een exponentieel dalend verloop in relatie tot de leeftijd met een negatieve groeifactor van 0,288 bij overgang van de ene leeftijdscategorie naar de andere. Er was een uitschieter in de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar met een waarde van 40,3% (zie Figuur 18).

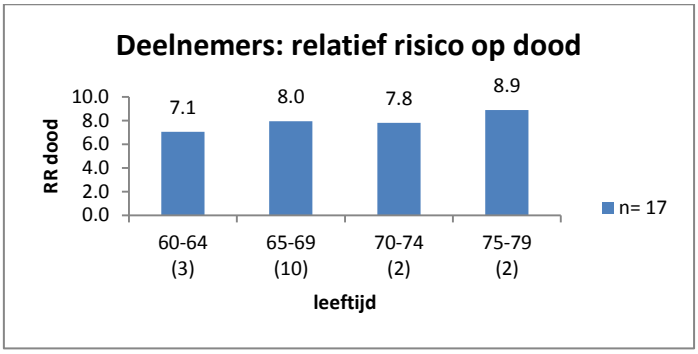


Figuur 18: de 10-jaars overleving van de totale populatie.

Omdat het aantal deelnemers per leeftijdscategorie beperkt was, leverde de vergelijking van de deelnemers met de totale populatie geen statistisch significante besluiten op. De 10-jaars overleving van de deelnemers in de leeftijdscategorie van 60 tot en met 64 jaar bedroeg bijna 10% meer dan in dezelfde categorie bij de totale populatie, respectievelijk 46,7% en 37,6%. De overleving in de categorie van 65 tot en met 69 jaar was lager dan in de totale populatie, respectievelijk 34,2% en 40,3%. Opmerkelijk was het verschil tussen de deelnemers en de totale populatie in de leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 jaar, respectievelijk 31,5% en 13,7%. Bemerk dat slechts 2 deelnemers tot deze leeftijdscategorie behoorden (zie Figuur 17 en 18).

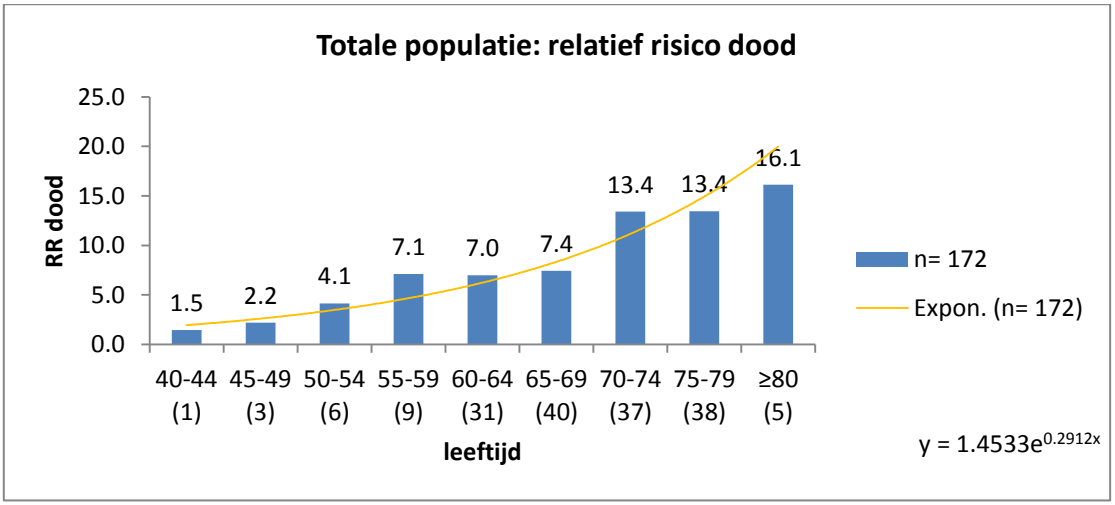
4.1.4. Het relatief risico op dood (RR dood)

Het relatief risico op dood (RR dood) is een weergave van het aantal maal dat de kans om dood te gaan groter is bij een groep personen met een bepaalde aandoeningen, ten opzichte van de gezonde populatie.
Het relatief risico op dood varieert in het staafdiagram, Figuur 19, van de deelnemers van 7,1 in de laagste leeftijdscategorie tot 8,9 in de hoogste leeftijdscategorie.



Figuur 19: relatief risico op dood bij de deelnemers.

Het staafdiagram van de totale populatie, Figuur 20, loopt in stijgende lijn in functie van de leeftijd. Het benadert een exponentieel stijgend verloop met een positieve groeifactor van 0,2912 bij overgang van de ene leeftijdscategorie naar de andere. Er waren twee uitschieters in de leeftijdscategorieën van 55 tot en met 59 jaar en van 70 tot en met 74 jaar, respectievelijk 7,1 en 13,4.



Figuur 20: relatief risico op dood in de totale populatie.

Hoewel het aantal patiënten per leeftijdscategorie bij de deelnemers te klein was voor statistisch relevante besluiten, werden de volgende elementen opgemerkt. Het relatief risico op dood lag in de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar bij de deelnemers 0,6 hoger dan bij de totale populatie, respectievelijk 8,0 en 7,4. De twee oudste leeftijdscategorieën bij de deelnemers vertoonden een relatief risico op dood dat beduidend lager was dan de respectievelijke waarden in de totale populatie (zie Figuur 19 en 20).

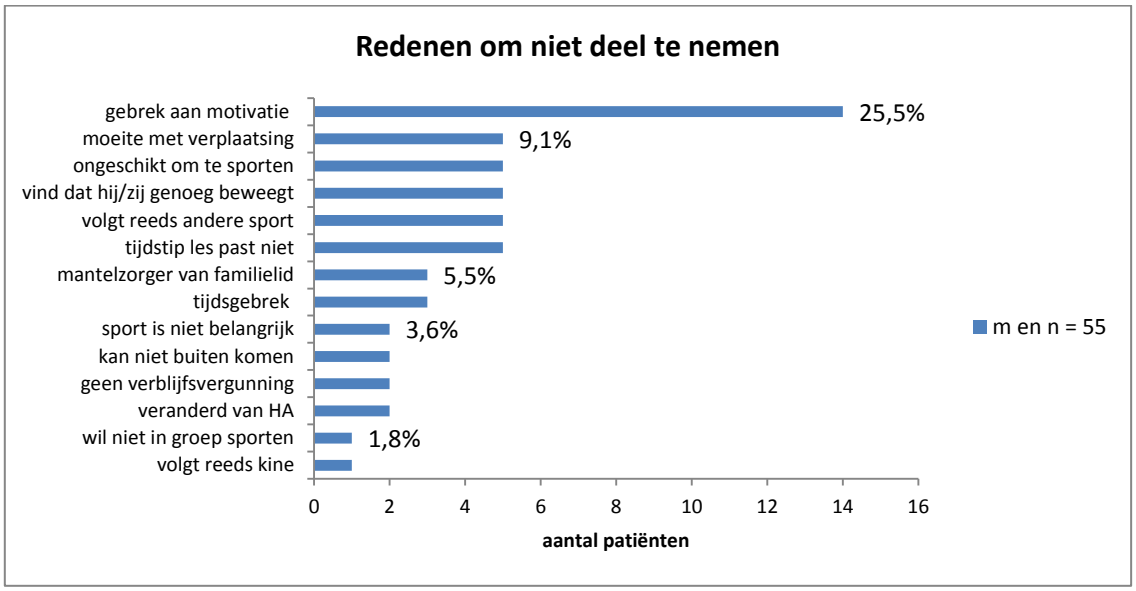
4.2.Deelname

De deelname werd geanalyseerd aan de hand van 5 elementen. De redenen voor deelname of weigering werden belicht. De frequentie van deelname werd besproken. Ten slotte werden de deelnamestop, de redenen voor blijvende deelname en de redenen van afwezigheid overlopen.

Aangezien een persoon meerdere meningen kon opgeven per vraag, staat in onderstaande legende 'm' voor het aantal meningen en 'n' voor het aantal personen die hun mening gaven.

4.2.1. Redenen om niet-deel te nemen

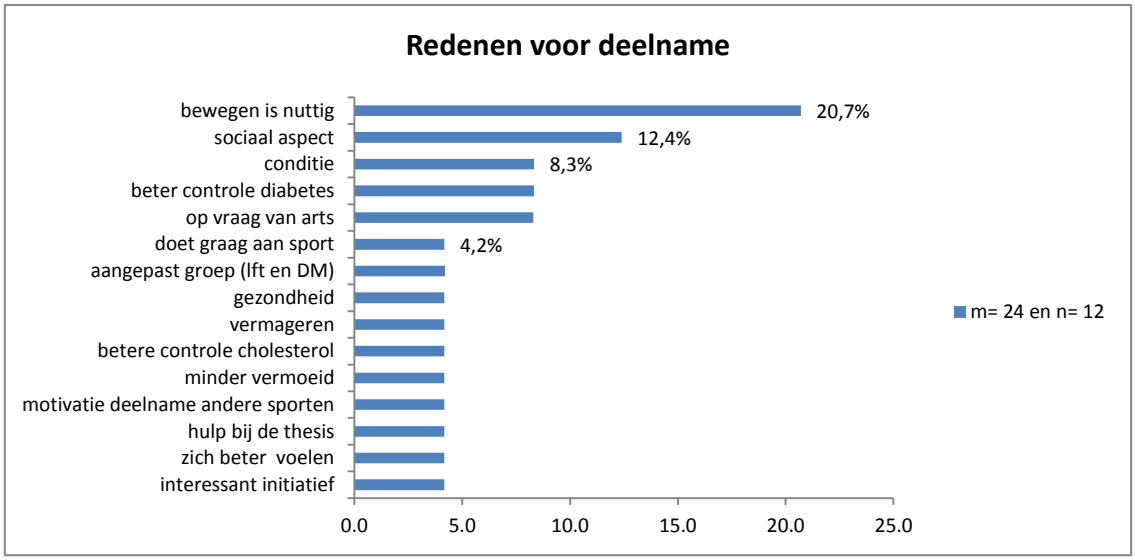
Aan patiënten die de deelname op consultatie of telefonisch weigerden, werd naar de reden om niet deel te nemen gevraagd. Zo werd bij 55 personen de voornaamste reden voor weigering in kaart gebracht. De voornaamste reden om deelname te weigeren was een gebrek aan motivatie, 25,5% (14/55). Op de tweede plaats, 9,1% (5/55) kwamen: de overtuiging dat de persoon al genoeg bewoog, het tijdstip dat niet paste, participatie aan een andere sport, verplaatsingsproblemen en de (vermeende) ongeschiktheid om te sporten. Op de derde plaats werden tijdgebrek en mantelzorg vermeld, met telkens 5,5% (3/55)(zie Figuur 21).



Figuur 21: de redenen om niet deel te nemen van patiënten van 50 tot en met 80 jaar.

4.2.2. Reden om deel te nemen

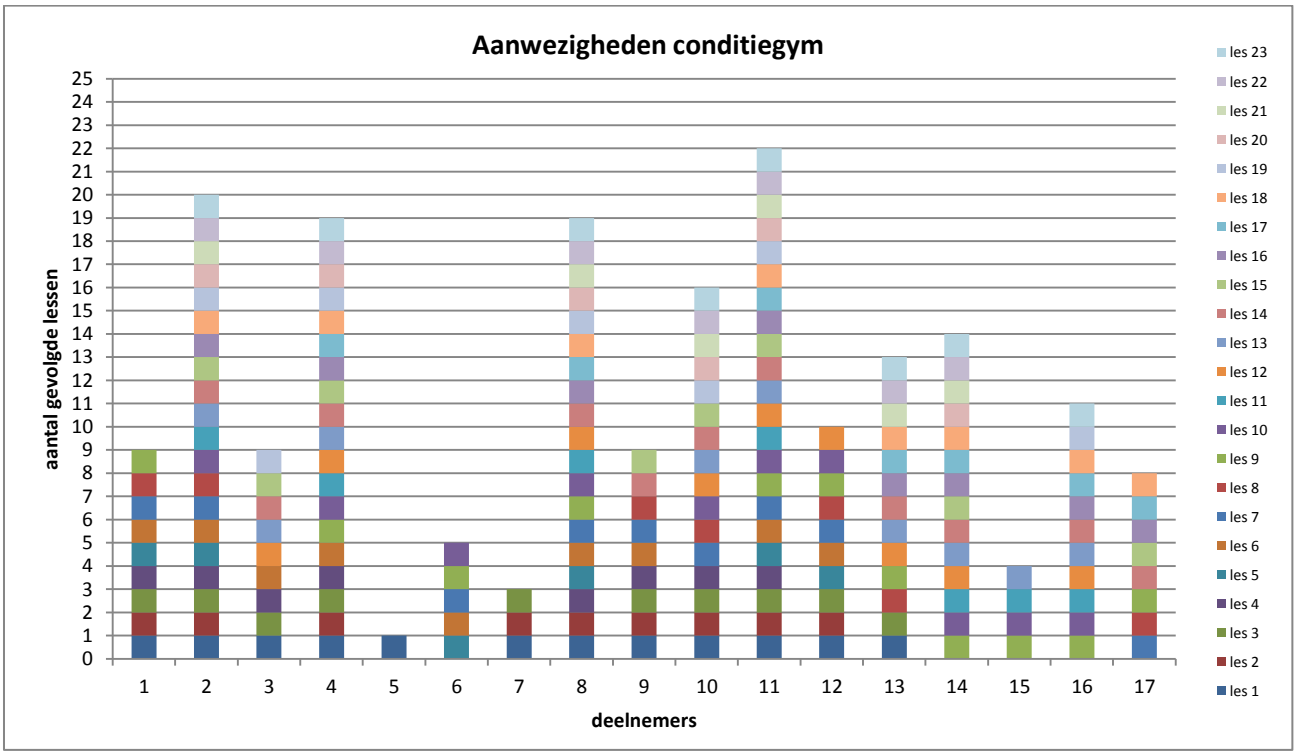
Tijdens het intake gesprek, voor aanvang van de lessen, werd de reden voor deelname bevraagd. Bij 13 deelnemers, werden in totaal 24 meningen verzameld. De meest vermelde reden, 20,7% (5/24), was de overtuiging dat fysieke activiteit nuttig is in de behandeling van diabetes. De tweede belangrijkste reden was het sociale aspect van de groepslessen, namelijk 12,4% (3/24). Op de derde plaats, 8,3% (2/24) stonden: een verbetering van de conditie, betere controle van diabetes en op vraag van de huisarts (zie Figuur 22).



Figuur 22: de redenen van deelname (12 deelnemers gaven 24 meningen).

4.2.3. Aanwezigheid in de lessen

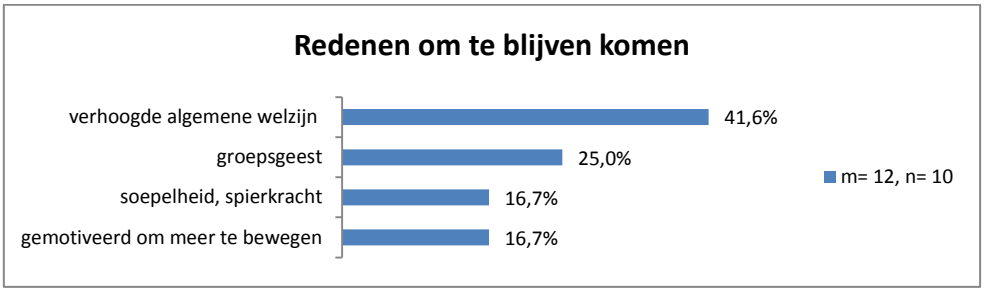
Van de 17 deelnemers waren er 12 aanwezig tijdens de eerste les. Deelnemer nummer 4 kon niet aanwezig zijn wegens vakantie. De deelnemers met nummer 14 tot en met 17 waren niet aanwezig tijdens de eerste les, aangezien ze pas later over het initiatief ingelicht werden. Slechts 1 deelnemer haakte af na de eerste les wegens lage rugpijn. Gemiddeld volgden de deelnemers 11,3 van de 23 lessen, namelijk 49% (zie Figuur 23).



Figuur 23: aanwezigheid van de deelnemers.

4.2.4. Redenen om te blijven deelnemen

Deze informatie werd verzameld aan de hand van een focusgroep van deelnemers. Negen deelnemers van de focusgroep gaven hun mening. Elke persoon kon meerdere redenen aanhalen. De meest vermelde reden, 41,6%, was het verhoogde algemene welzijn. De sociale stimulatie van het groepsgebeuren was goed voor 25% van de vermelde redenen. Merk ook op dat de lessen gratis waren en financiële voordelen hier niet werden vermeld (zie Figuur 24).



Figuur 24: redenen om te blijven komen.

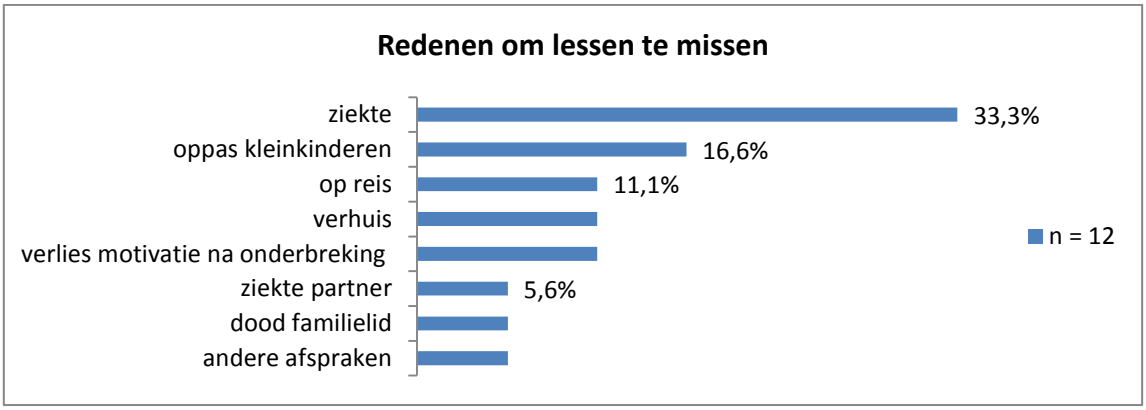
4.2.5. Redenen om deelname stop te zetten

Van alle deelnemers waren na verloop van tijd 4 personen afgehaakt. De voornaamste redenen om te stoppen waren van fysieke aard. Twee personen waren gestopt wegens rugpijn, de eerste persoon stopte reeds na de eerste les, de tweede persoon echter na 5 lessen.
Eén vrouw stopte na 9 lessen wegens vermoeidheid. Een week later werd er hypothyroïdie vastgesteld.
Bij een andere vrouw werd astma vastgesteld. Ze had last van dyspneu aanvallen en was niet te overtuigen om haar sportactiviteiten te hervatten.

Vijf personen schreven zich in zonder deel te nemen aan de conditiegymnastiek. De redenen hiervoor waren uiteenlopend. Eén vrouw begon bij aanvang van de conditiegymnastiek een professionele opleiding die samenviel met de uren van de les. Twee mannen verloren hun motivatie om te sporten in de tijd tussen de inschrijving en de aanvang van de lessen. Eén man kreeg een wondinfectie ter hoogte van de onderbenen bij aanvang en was na genezing niet te motiveren om opnieuw deel te nemen. Van één vrouw was de reden onbekend, aangezien haar telefoonnummer niet gekend was en de patiënte na inschrijving nooit meer op consultatie geweest was bij de HAIO.

4.2.6. Redenen voor afwezigheid

De redenen om lessen te missen werden eind maart telefonisch bevraagd voorafgaand aan de globale evaluatie van het project.
De belangrijkste redenen om lessen te missen waren: ziekte, de opvang van kleinkinderen, het nemen van vakantie, een verhuis en het verlies van motivatie (zie Figuur 25).



Figuur 25: belangrijkste redenen om lessen te missen (n= 12 en 18 meningen).

4.3.Focusgroepen

Halverwege de lessen werden twee focusgroepen gevormd. De eerste groep bestond uit patiënten die zich niet ingeschreven hadden voor het pilootproject en geen enkele les gevolgd hadden. De tweede groep bestond uit personen die deelgenomen hadden aan het project. Het doel hiervan was om een zicht te krijgen op de beweegredenen van deelname, afwezigheid en het stop zetten. Ten tweede bood dit de mogelijkheid het initiatief aan te passen aan de wensen van de deelnemers en informatie te verzamelen voor eventuele toekomstige initiatieven.
De kandidaten van de focusgroep voor niet-deelnemers werden twee maal telefonisch uitgenodigd. Hiervoor was een correct telefoonnummer belangrijk. Van de 54 opgebelde personen, waren 7 bereid deel te nemen. Uiteindelijk leverde dit 2 aanwezigen op.
Bij de groep van de deelnemers werd de bijeenkomst aangekondigd tijdens de conditiegymnastiek. De exacte datum werd telefonisch meegedeeld. Daar het telefoonnummer van alle deelnemers gekend was, stelde dit geen problemen. Van de 17 deelnemers, waren er 8 aanwezig.
Er werd per groep telkens 1.30 uur voorzien. De gesprekken werden gefilmd. Naast de HAIO was er tevens een secretaris aanwezig die de antwoorden op de gestelde vragen noteerde. Beide groepen kregen gelijkaardige vragen, zodat de resultaten van beide groepen gemakkelijker vergeleken konden worden (zie bijlage 3 en 4). De gesprekken verliepen in het Nederlands. Dit was de moedertaal van de meeste aanwezigen. Indien Franstalige patiënten de vraag niet goed begrepen hadden, werd deze in het Frans geformuleerd. Tijdens de bijeenkomst werden de vragen getoond door middel van een presentatie, om misverstanden te vermijden. Bij aanvang werd de deelnemers voorzien van drank en een versnapering. De deelnemers van de focusgroepen kregen echter geen financiële compensatie voor hun aanwezigheid.

4.3.1. Niet-deelnemers

4.3.1.1. Profiel aanwezigen

Twee personen namen deel aan het gesprek. Beide deelnemers hadden zich niet ingeschreven voor het initiatief. Ze wisten dus niets af van het verloop van het intake gesprek, de vervolgconsulten en de organisatie van de conditiegymnastiek lessen. Om een actieve participatie te bevorderen, werden cruciale details omtrent het initiatief besproken met de deelnemers. Hun belangrijkste karakteristieken werden uitgezet in Figuur 26.

	patiënt TG	patiënt NP
Leeftijd	73 j	80 j
geslacht	m	m
Leefstijl	actief	sedentair
BMI	29.7	32.7
inname geneesmiddelen	0	11
CCI	4	9

Figuur 26: karakteristieken aanwezigen focusgroep van niet-deelnemers.

Patiënt TG was een sportieve man van 73 jaar, die geen medicatie nam. Hij had last van overgewicht. Omdat hij liever zelfstandig sport beoefenende op een uur dat hij zelf inplande, nam hij geen deel aan het initiatief.
Patiënt NP was een sedentaire man van 80 jaar met een hoge cardiovasculaire belasting. Deze beperkte zijn wandelafstand tot 500 meter. Hij had last van ernstig overgewicht. Hij nam geen deel aan het initiatief, omdat hij ongerust was dat de intensiteit van de conditiegymnastiek te hoog was voor hem.
Merk op dat de body mass index (BMI) hier een lage betrouwbaarheid heeft daar de factor gewicht geen onderscheid maakt tussen vet- en spiermassa.

4.3.1.2. Bespreking.

Het gesprek met de 2 patiënten die niet deelgenomen hadden aan het initiatief bestond uit 3 delen. Ten eerste werden de inschrijving, intake en de vervolgconsulten besproken. Er werd gepeild naar de manier waarop ze bij voorkeur op de hoogte gebracht werden van het initiatief. Tevens werd gepeild naar eventuele voorkeuren in verband met de intake en de vervolgconsultaties.
Ten tweede werden de lessen conditiegymnastiek overlopen. Belangrijke sterktes en zwaktes werden aangehaald.
Ten derde werd gebrainstormd rond methodes om volgend jaar meer deelnemers aan te trekken. Hier werd het volledige project onder de loep genomen om het aantrekkelijker te maken.

Inschrijving, intake en vervolgconsulten**.**

Er werd de twee patiënten gevraagd naar hun voorkeuren in verband met het voorstellen van het pilootproject. Beide patiënten verkozen dat het initiatief voorgesteld werd tijdens de consultatie of

per telefoon. Dit bood immers de mogelijkheid tot interactie met de arts. Het sturen van brieven werd hierdoor afgeraden. Indien contact enkel per brief mogelijk was, prefereerden ze dat zowel de stempel van de HAIO (huisarts in opleiding), als van de PO (praktijkopleider) aan de keerzijde van de omslag stonden, aangezien de naam van de HAIO nog niet zo gekend was bij de mensen. Telefonische gesprekken moesten volgens hen voldoen aan de volgende 3 elementen. Ten eerste moesten ze kort en bondig zijn. Ten tweede werden de patiënten bij voorkeur opgebeld via de gsm. En ten derde werden ze het liefst opgebeld tussen 9 tot 12uur of tussen 14 tot 21 uur. Deze elementen maakte het mogelijk om snel onderscheid te kunnen maken met telemarketing initiatieven.

Beide patiënten waren gemotiveerd om voor de intake bij de HAIO te komen op voorwaarde dat ze tijdens andere consultaties hun arts vrij konden kiezen. Ze waren bezorgd voor een alternatieve aanpak indien volgende controle consulten ook door de HAIO uitgevoerd werden.

Bespreking van het huidige initiatief: de conditiegymnastiek

Beide patiënten hadden schrik voor competitie tussen de deelnemers van het initiatief. Hierbij bestond het gevaar dat de zwakkeren van de groep meer inspanning zouden leveren dan ze strikt aankonden. Wat op zijn beurt een vroegtijdige stop in de hand zou kunnen werken. Ze hadden hier in het verleden allebei slechte ervaringen aan overgehouden. Om dit te vermijden stelde patiënt TG voor om de deelnemers op te splitsen in groepen afhankelijk van hun conditie. Deze kon volgens hem bepaald worden door de deelnemers een paar keer de trap te laten beklimmen en afdalen. Patiënt NP stelde oefeningen voor die de samenwerking tussen de verschillende deelnemers bevorderen om zo competitie mogelijks te vermijden.

Beide deelnemers vonden 1 uur sport te lang, vooral voor sedentaire personen. Patiënt TG stelde, zoals reeds eerder vermeld, voor om de groep in 2 te splitsen. Vervolgens zou elke groep 30 minuten conditiegymnastiek volgen. Hij stelde voor om de duur van de lessen progressief te verlengen.

Zowel patiënte TG, als NP, waren geen voorstander van individuele lessen. Ze beaamden wel dat individuele lessen de schaamte om te bewegen in groep konden weghalen. Maar individuele lessen waren volgens hen tevens duurder en praktisch gezien weinig haalbaar.

Beide patiënten hadden geen voorkeur wat sportkeuze betrof, zolang de intensiteit maar geleidelijk aan opgebouwd werd. Toen de moderator vermelde dat de deelnemers de mogelijkheid kregen om oefeningen over te slaan of trager uit te voeren vonden ze dit een zeer positief gegeven.

Wat de locatie van het initiatief betrof, waren volgens hen vooral de dimensies van de zaal belangrijk. Deze moesten aangepast zijn aan het aantal deelnemers, om enerzijds voldoende ruimte te bieden en anderzijds gezelligheid uit te stralen.

4.3.1.3. Suggesties om het initiatief volgend jaar uit te breiden

De prijs van de lessen mocht het volgende jaar niet opvallend duurder worden om het ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden. Beide (niet-deelnemende) patiënten vonden het niet noodzakelijk om het initiatief zo dicht mogelijk bij de huisartsenpraktijk te organiseren, daar de participatie vooral afhing van de motivatie en niet van de afstand tot het initiatief.

Beide (niet-deelnemende) patiënten vonden dat het initiatief best niet meer op vrijdag zou plaatvinden omdat dit samenviel met de markt in Koksijde. Maandag was volgens hen ook geen goede keuze aangezien dit vlak na het weekend kwam en niet iedereen na het weekend terug thuis was.

Om meer deelnemers aan te trekken, stelde patiënt NP voor om het initiatief in het maandelijks blad van stad Koksijde te plaatsen. Patiënt TG vond dat geen goed idee, omdat het initiatief volgens hem best geleidelijk aan zou uitbreiden via mond aan mond reclame. Dit om te vermijden dat het project de grote toevoer van nieuwe deelnemers, niet aan zou kunnen. Hij stelde voor om de deelnemers per huisarts te groeperen, omdat de deelnemers zo meer kans hebben elkaar te kennen en dit de groepsgeest zou bevorderen.

4.3.2. Deelnemers

4.3.2.1. Profiel aanwezigen

Van de 18 deelnemers waren er 8 aanwezig tijdens de focusgroep. Eén daarvan had zijn echtgenote mee gemotiveerd om ook deel te nemen aan het initiatief. In het kader van dit onderzoek werd echt geen rekening gehouden met haar inbreng tijdens de verwerking van de resultaten, aangezien ze geen diabetes mellitus type 2 had.

4.3.2.2. Bespreking

Het gesprek met de deelnemers bestond uit 3 delen. Ten eerste werden de inschrijving, intake en de vervolgconsulten besproken.
Ten tweede werden er gepeild naar de belangrijkste sterktes en zwaktes van de communicatie met de huisarts en de sportcoach.
Ten derde werd gebrainstormd rond methodes om meer deelnemers aan te trekken.

Inschrijving, intake en vervolgconsulten.

Vooreerst werd gepeild naar de meest efficiënte manier om het initiatief bekend te maken. Er was een duidelijke voorkeur voor interactieve communicatiemethodes, zoals op consultatie, per telefoon of zelfs via mail. Een brief werd als onpersoonlijk aanschouwd. Niemand van de aanwezigen was per brief gecontacteerd. Indien er toch met brieven gewerkt werd, was een tweede stempel van mijn PO overbodig aangezien alle deelnemers aangaven dat ze de naam van de HAIO genoeg kenden.
De deelnemers hadden geen bezwaren om voor het eerste consult bij de HAIO op consultatie te komen.

Bespreking van het huidige initiatief

Begeleiding door de huisarts

Daar de lessen samenvielen met de consultaties was het voor de HAIO onmogelijk aanwezig te zijn tijdens de conditiegymnastiek zonder een dag vrijaf te nemen. De deelnemers hadden geen

bezwaren tegen het feit dat de HAIO slechts 3 maal aanwezig was. Ze hechtten wel belang aan een periodieke telefonisch contact om hun vooruitgang op te volgen en eventuele problemen bespreekbaar te maken. Er was veel interesse omtrent de aankoop van het specifieke sportmateriaal dat tijdens de lessen gebruikt werd (vb. rekkers) en voedingsadvies. Ze vroegen hieromtrent meer informatie aan de HAIO.

Begeleiding door de sportcoach

De begeleiding van de sportcoach werd positief ervaren. De deelnemers waren vooral tevreden dat ze het tempo van de oefeningen zelf konden bepalen en dat de mogelijkheid bestond om bepaalde oefeningen over te slaan. Ze gaven tevens aan dat ze door toedoen van dit initiatief meer tijd vrijmaakten voor lichaamsbeweging tijdens hun dagdagelijkse activiteiten.
Er werd gevraagd om sommige oefeningen meermaals uit te leggen en te tonen. Vooral de grondoefeningen waren moeilijk te verstaan omdat de deelnemers uitleg kregen terwijl ze op de vloer zaten. Aangezien de sportcoach ook zelf deelnam aan alle oefeningen, was ze op die momenten slecht zichtbaar. Daar de lessen in het Nederland gegeven werden, was het niet altijd evident voor Franstalige patiënten om te volgen. Ze vroegen dan ook aan de sportcoach om trager te praten.

4.3.2.1. Suggesties om het initiatief volgend jaar uit te breiden

Volgens de deelnemers zou het initiatief volgend jaar het best bekendgemaakt worden via persoonlijk contact op consultatie of via de telefoon. Brieven leken weinig zinvol.

De oefeningen werd bij voorkeur in groep uitgevoerd omdat de groepsgeest volgens hen de deelname bevordert.
De moderator haalde het voorstel van de niet-deelnemers aan om de groep op te splitsen in 2 delen afhankelijk van de conditie. De deelnemers wilde echter niet opgesplitst worden, daar een dergelijke opsplitsing nog meer stigmatiserend kon werken.
Alle deelnemers waren tevreden over de duur en de intensiteit van de conditiegymnastiek. De afwisseling tussen krachts-, conditie-, evenwichts- en lenigheidsoefeningen werd positief ervaren.

De deelnemers waren positief over de plaats waar de lessen doorgingen. Ze gaven aan het tijdstip van de lessen met een kwartier te willen vervroegen. Aangezien de sportcoach een 2de groep begeleidde om 10.30 uur en de conditiegymnastiek tot 10 uur duurde, was er immers weinig tijd voor eventueel overleg na de les. De lessen mochten volgens de deelnemers echter niet meer dan een kwartier vervroegd worden, daar ze anders vroeger dan 9 uur van start zouden gaan. Dit gaf de deelnemers niet genoeg tijd om ’s morgens te eten.

Daar het tijdstip van de lessen samenviel met de markt in Koksijde, werd gevraagd of de deelnemers wilden dat de lessen naar een ander tijdstip verplaats werden. Het tijdstip van de lessen werd echter niet als hinderlijk ervaren. De deelnemers gaven aan na afloop nog voldoende tijd te hebben om hun boodschappen te doen. Bovendien lag het lokaal maar ongeveer 1 km van de markt af. Indien toch een ander tijdstip zou moeten gezocht worden, wilden de deelnemers het liefst dat de lessen in de voormiddag doorgingen. Dit was tevens beter voor de glycemie daar activiteit de grootste daling teweegbrachten, indien de oefeningen net na het ontbijt uitgevoerd werden (11). Maandag werd

best vermeden omdat het net na het weekend kwam en velen in het weekend op hun kleinkinderen moesten passen, die vaak veraf woonden.

De deelnemers waren grote voorstander om de lessen twee maal per week te laten doorgaan. Zodat ze keuze hadden uit twee tijdstippen en zo meer aanwezig konden zijn. Ze vonden het tevens spijtig dat de lessen niet doorgingen tijdens de schoolvakanties. Velen hadden moeite met het terugvinden van hun motivatie na een onderbreking.

4.3.3. Sportcoach

4.3.3.1. Algemeen

Het gesprek met de sportcoach bestond uit twee delen. Vooreerst werden gelijkaardige vragen gesteld als die van de twee focusgroepen. Dit had als doel om de sportcoach te betrekken bij de discussie en de mogelijkheid te geven eventuele knelpunten aan het licht te brengen. Tijdens het tweede deel werden de opmerkingen van de groep van de deelnemers besproken.

4.3.3.2. Communicatie met huisarts

De communicatie met de HAIO verliep overwegend via mail. In het begin werd er wekelijks 1 mail gestuurd. Toen het initiatief een aantal maanden bezig was, stuurde de HAIO 1 mail per 2 weken. De periodieke mails boden de kans om de participatie nauwgezet op te volgen en knelpunten vroegtijdig bespreekbaar te maken. Tijdens de lessen werden geen belangrijke problemen vastgesteld uitgezonderd dat de participatie tijdens sommige lessen laag lag. Voor aanvang van de lessen werd 2 maal samengezeten. De sportcoach gaf aan dat dit volstond voor een vlotte samenwerking.

4.3.3.3. Ervaringen

Deelnemers hadden vaak een verschillende basisconditie, zodat het niet eenvoudig was om oefeningen te vinden die voor iedereen pasten. Dit werd opgevangen door mensen met een betere conditie meer of sneller oefeningen te laten doen. Bepaalde deelnemers werden aangespoord om over te stappen naar een andere groep. Maar zij weigerden omdat ze liever in de huidige groep bleven waarvan ze de deelnemers reeds kenden.

4.3.3.4. Suggesties om het initiatief volgend jaar uit te breiden

Het project moest bij een grotere groep mensen worden bekendgemaakt om zo het aantal deelnemers te verhogen. De accommodatie was immers geschikt voor een verdubbeling van het aantal deelnemers.

4.3.3.5. Bespreking opmerkingen van de deelnemers

De informatie was afkomstig van de focusgroep van deelnemers, in totaal 8 personen. De deelnemers wilden dat de lessen met een kwartier vervroegd werden, zodat ze achteraf nog tijd hadden om met de sportcoach te praten. De sportcoach was akkoord om de lessen een kwartier vroeger te laten starten. Deelnemers hadden aangegeven de grondoefeningen slecht te zien, doordat de sportcoach op de grond zat terwijl ze de oefeningen uitbeeldde. Ze stelde voor het probleem op te lossen door de deelnemers tijdens de grondoefeningen in een kring te laten plaatsnemen.

4.4.Evaluatie project

De sectie bestaat uit 2 luiken: de evaluatie van de eerste les en de globale evaluatie.

4.4.1. Evaluatie eerste les

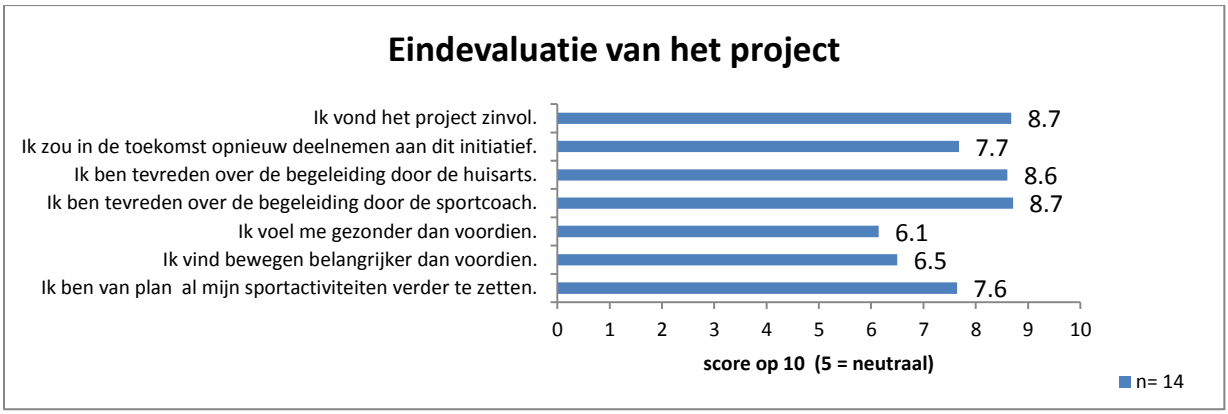
Zoals reeds eerder beschreven onder lessen (4.5), werden de deelnemers na de eerste les telefonisch gecontacteerd om hun mening te vragen en eventueel de lessen hieraan te kunnen aanpassen. Zo werd de mening van 11 deelnemers verzameld. De meeste deelnemers waren positief over de les. Ze vonden de oefeningen eenvoudig en waren aangenaam verrast dat ze hun eigen tempo konden volgen en bepaalde oefeningen mochten overslaan. Er was maar 1 deelnemer die de oefeningen te moeilijk vond.

4.4.2. Evaluatie initiatief

Eind maart werd de eindevaluatie telefonisch afgenomen. Deze duurde tussen 10.15 uur. De evaluatie bestond uit 4 luiken: evaluatie van het project, evaluatie van de begeleiding door de huisarts, evaluatie van de begeleiding door de sportcoach en ten slotte evaluatie van de impact van het initiatief op de gezondheid. Eerst werd aan de deelnemers gevraagd om de positieve en negatieve punten op te noemen. Vervolgens werden een aantal vragen gesteld. De deelnemers werden gevraagd om hun mening op deze vragen uit te zetten op een schaal van 0 tot 10, met 5 als neutraal punt. Een score tussen 0 en 4 stond voor niet-akkoord en een score tussen 6 en 10 voor akkoord.

De evaluatie werd afgenomen bij 14 personen. Bij drie personen volgde geen telefonisch evaluatie. Eén persoon was gehospitaliseerd in verband met een hartklepvervanging en 2 personen waren telefonisch niet bereikbaar.

De evaluatie van het project bracht een grote tevredenheid aan het licht. Het project werd zinvol beschouwd (8,7 op 10). De begeleiding van de huisarts en de sportcoach kregen hoge punten, respectievelijk 8,6 en 8,7 op 10. Het luik 'impact van het initiatief op de gezondheid' kreeg de laagste punten. De perceptie van een verhoogde gezondheid door het initiatief kreeg 6,1 op 10. De stijging van het belang van fysieke activiteit in het dagelijks leven van de deelnemers kreeg 6,5 op 10. Deelnemers gaven aan hun sportactiviteiten te willen verderzetten en bevestigden ook een eventuele deelname aan het initiatief voor volgend jaar, respectievelijk 7,6 en 7,7 op 10 (zie Figuur 27).



Figuur 27: eindevaluatie van het project.

5. Discussie

De selectieprocedure zou in de toekomst ingekort worden door personen met diabetes type 2 tijdens de consultatie een aangepaste folder mee te geven. Deze folder zou de juiste locatie, tijdstip en prijs bevatten. Dit zou patiënten in staat stellen om zelf te beslissen deel te nemen aan de lessen. Hiermee wordt het voortbestaan van het initiatief beoogd na het vertrek van de HAIO.

Slechts 17 personen, 9,9%, van de totale populatie met diabetes mellitus type 2 van 40 tot en met 80 jaar namen deel aan het initiatief (zie Figuur 6).
De belangrijkste reden om niet deel te nemen was een gebrek aan motivatie wat neerkomt op, 25,5%. Andere belangrijke redenen, 9,1%, waren: het tijdstip dat niet paste, participatie aan andere sporten, verplaatsingsmoeilijkheden en het idee dat men reeds genoeg bewoog of ongeschikt was om te bewegen (zie Figuur 21).
De meeste patiënten namen deel, daar ze fysieke activiteit zinvol vonden en omwille van het sociale aspect van de lessen, deze percentage bedroegen respectievelijk 20,7% en 12,4%. De deelnemers voelen zich immers aangespoord door de groep om deel te nemen aan de lessen. Andere factoren die de deelname bevorderden (telkens 8.3%), waren: de fysieke voordelen en de motivatie die de lessen hen gaven om fysieke activiteit in hun dagdagelijkse routine te incorporeren. Het belang om als huisarts bewegingsadvies bij patiënten met diabetes type 2 te geven, bleek uit het feit dat dit vermeld werd als reden voor deelname (zie Figuur 22).
Gemiddeld werden 49% van de lessen gevolgd (zie Figuur 23). Slechts 1 persoon stopte na de eerste les. De meest aangehaalde reden om lessen te missen was ziekte, naar analogie met een Nederlandse studie Big!Move (4).

De leeftijdsdistributie van de deelnemers vertoonde twee belangrijke verschillen met die van de totale populatie (zie Figuren 7 en 8).
Ten eerste lag de leeftijd van alle deelnemers tussen 60 en 79 jaar. Dit kon verklaard worden doordat de lessen op vrijdagmorgen plaatsvonden en personen die nog professioneel actief waren hierdoor, niet konden deelnemen.
Ten tweede hadden de meeste deelnemers een leeftijd tussen 65 en 69 jaar, namelijk 58,8% (zie Figuur 7). Slechts 4 deelnemers waren ouder dan 70 jaar. Een mogelijke verklaring is dat de groepen van 40 tot 50 jaar en van 71 tot en met 80 jaar uit tijdsgebrek enkel telefonisch of per brief op de hoogte gebracht werden. Terwijl de groep van 50 tot en met 70 jaar ook op consultatie aangesproken werd. Er was dus minder persoonlijk contact. Anderzijds kon dit erop wijzen dat de oudere populatie vaker weigerde om deel te nemen, bijvoorbeeld uit angst voor de impact van fysieke belasting op hun frêle toestand. Dit kan wijzen op een gebrek aan juiste informatie over de impact van fysieke activiteit bij ouderen.

Het initiatief sprak meer mannen dan vrouwen aan, respectievelijk 58,8 en 41,2%. Dit komt echter overeen met de verhouding in de totale populatie, respectievelijk 54,7 en 45,3% (zie Figuur 9 en 10). Dit stond in schril contrast met de 'Big!Move' studie, waar mannen beduidend minder te motiveren waren dan vrouwen (14).

De gemiddelde geneesmiddelen inname van de deelnemers lag behoorlijk lager dan deze van de totale populatie, respectievelijk 5,47 en 7,15 (zie Figuur 11 en 12).

De Age adjusted Charlson Comorbidity Index (CCI) van de deelnemers had een slechte spreiding, 16 van de 17 deelnemers had een CCI tussen 3 en 7. In de totale populatie had 23,9% van de patiënten een CCI hoger dan 7, terwijl slechts 1 deelnemer (5,9%) een CCI van meer dan 7 had. Dit zou een indicatie kunnen zijn dat patiënten met een hogere CCI deelname weigerden uit angst voor eventuele gezondheidsrisico's. De gemiddelde CCI van de deelnemers was iets lager dan deze van de totale populatie, respectievelijk 5,24 en 5,73 (zie Figuur 13 en 14). Om een indruk te krijgen van het globaal functioneren van de deelnemers kan in de toekomst gebruik gemaakt worden van de ICF- lijst (International classification of functioning) (20).

De vergelijking van de 1-jaars overleving, 10-jaars overleving en RR dood bij de deelnemers ten opzichte van de totale populatie vertoonde een gelijkaardige trend. Deze trend had weinig statistische significantie aangezien het aantal deelnemers per groep te beperkt was. De leeftijdscategorieën van 60 tot en met 64 jaar en van 70 tot 74 jaar bij de deelnemers hadden vergelijkbare waarden met de totale populatie. Een uitzondering hierop was dat de 10-jaars overleving bij de deelnemers van 60 tot en met 64 jaar veel hoger lag dat bij dezelfde categorie in de totale populatie, respectievelijk 48,7% en 37,6%. In de leeftijdscategorie van 65 tot en met 69 jaar was er een kleinere 1- en 10-jaars overleving met een groter relatief risico op overlijden. De leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 jaar had een hogere 1-jaars en 10-jaars overleving met een lager relatief risico op dood in vergelijking met de totale populatie (zie Figuren 15,16,17,18,19 en 20). De 2 deelnemers met een leeftijd tussen 75 tot en met 79 jaar hadden dus een opmerkelijk hogere overleving dan hun leeftijdsgenoten in de algemene populatie. Dit kan wijzen op het feit dat enkel de meest fitte ouderen deelgenomen hadden.

Deelname aan het initiatief had verschillende positieve effecten. Het belangrijkste hiervan was het verhoogde algemene welzijn (41,6% van de gegeven meningen). Dit is vergelijkbaar met het initiatief 'Bewegen op voorschrift' waar dit het belangrijkste gerapporteerde effect van de bewegingsinterventie na 6 maanden was (15).

Uit de focusgroepen komen de volgende elementen naar voor. Vooreerst gaven zowel de groep van de niet-deelnemers als van de deelnemers aan dat ze het liefst kennis maakten met het initiatief op een manier die interactie met de huisarts toeliet, zoals op consultatie, via de telefoon of zelfs via mail. Opvallend was dat van de 8 personen die aanwezig waren tijdens de focusgroep van de deelnemers niemand gecontacteerd werd per brief. Indien toch per post gewerkt werd, gaven de niet-deelnemers aan twee stempels te gebruiken (van de PO en de HAIO). Terwijl de deelnemers genoeg hadden met de stempel van de HAIO, omdat ze aangaven de HAIO genoeg te kennen.
Beide groepen hechtten belang aan de groepsgeest als belangrijke motivatie voor deelname. Ze hadden geen bezwaar om voor het eerste consult bij de HAIO te komen.
Hoewel de focusgroep van de niet-deelnemers aanhaalde dat 1 uur les te lang was en best ingekort werd naar 30 minuten, waren alle deelnemers tevreden over de tijdsduur van de lessen conditiegymnastiek.
Naar analogie met de Nederlandse studie 'Big!Move', gaven deelnemers aan meer fysiek actief te zijn tijdens hun dagdagelijkse activiteiten (14).
De focusgroep van de niet-deelnemers legde veel nadruk op het vermijden van asociaal gedrag binnen te groep. Om dit op te lossen stelden ze voor de groep op te delen in twee niveaus naar gelang de conditie en de deelnemers tijdens de les te laten samenwerken. Dit werd niet bevestigd door de focusgroep van de deelnemers. Zij wilden liever niet opgesplitst worden, omdat de

opsplitsing zelf reeds stigmatiserend kan werken. De sportcoach gaf echter aan dat het begeleiden van een groep met personen met verschillende conditie een uitdaging vormde, daar ze de oefeningen voor sommige deelnemers moest aanpassen.
De deelnemers wensten extra tijd te krijgen na de les voor een eventueel gesprek met de sportcoach te kunnen bespreken. De lessen conditiegymnastiek werden hierdoor verplaatst van 9.15 uur naar 9.00 uur om een overlegmoment na de lessen in te lassen.
Individuele lessen waren te vermijden, aangezien de groepsgeest participatie sterk bevorderde.

De deelnemers waren in het algemeen tevreden van het initiatief. Ze vonden het zinvol. De begeleiding van zowel de huisarts (8,6 op 10), als de sportcoach (8,7 op 10) kregen hoge scores. De deelnemers zeiden niet veel verandering vast te stellen aan hun perceptie van het belang van fysieke activiteit (6,1 op 10) en zicht niet veel gezonder te voelen (6,5 op 10). Ze wilden hun sportactiviteiten verderzetten (7,6 op 10) en stonden open voor deelname aan het initiatief volgend jaar (7,7 op 10) (zie Figuur 27).

6. Conclusie

De haalbaarheid van de opstart van een bewegingsinterventie voor personen met diabetes mellitus type 2 werd in deze thesis onderzocht. Dankzij de steun van de gemeente Koksijde werd een 1-jarig pilootproject opgestart. Van 1 september 2014 tot 31 mei 2015 werden een zaal en een sportcoach ter beschikking gesteld. De lessen conditiegymnastiek gingen elke vrijdag van 9.15 uur tot 10.15 uur door.

Aangezien de lessen overdag plaatsvonden, waren de deelnemers overwegend gepensioneerd. De geslachtverhouding was vergelijkbaar met die van de totale populatie. Ze namen opvallend minder geneesmiddelen in dan patiënten uit de totale populatie. De twee oudste deelnemers die tot de leeftijdscategorie van 75 tot en met 79 behoorden, waren opvallend fitter dan hun leeftijdsgenoten in de totale populatie.

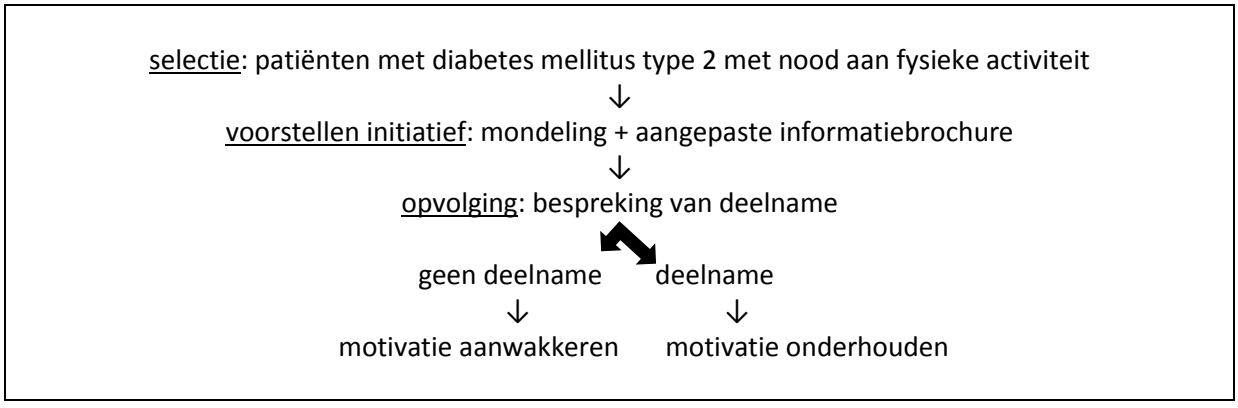
Om de beoordeling van het project samen te vatten werd een SWOT analyse uitgevoerd. Deze analyse bestaat uit 2 interne factoren, namelijk sterktes en zwaktes van het initiatief, en twee externe factoren, namelijk opportuniteiten en bedreigingen.
De sterktes van het initiatief omvatten de continuatie van het initiatief na afloop van het onderzoek, evenals de mogelijkheid tot standaardisatie van de rekrutering en inschrijving van de deelnemers.
Met dit laatste wordt een aangepaste infobrochure bedoeld. Deze bevat niet alleen de algemene informatie over fysieke activiteit en diabetes mellitus type 2, maar ook het exacte tijdstip en plaats van de lessen conditiegymnastiek (zie bijlage 9). Ze kan tijdens de consultatie, meegegeven worden aan patiënten met diabetes mellitus type 2 in een poging hen te motiveren voor deelname.
Twee zwaktes werden gedetecteerd. Ten eerste waren de selectie en de opstart van het initiatief tijdrovend. Dit is zoals hierboven vermeld te vermijden met behulp van de aangepaste informatie brochure. Ten tweede vergde het onderzoek de participatie van alle huisartsen van de praktijk. Om de motivatie in stand te houden, moesten alle collega's immers het initiatief tijdens de consultatie ter spraken brengen.
Het groeipotentieel van het project en het autonome karakter van het initiatief vormden belangrijke opportuniteiten. Onder groeipotentieel werd de capaciteit van de zaal en de sportcoach verstaan om meer deelnemers aan te trekken. Het project was autonoom, aangezien na opstart de taak van de

huisarts er enkel in bestond de motivatie aan te wakkeren en periodiek te overleggen met de sportcoach via mail.
Belangrijke bedreigingen van dit initiatief waren de afhankelijkheid van externe steun door de gemeente en het feit dat het initiatief sterk afhankelijk was van de motivatie van de deelnemers.

Als algemene conclusie voor deze thesis geldt dat het opstarten van een succesvol project een samenwerking met een bestaand initiatief vereist. Potentiële deelnemers worden het best gecontacteerd op een manier die interactie toelaat, op consultatie, via telefoon of per e-mail. Het initiatief moet afgestemd worden op de individuele behoeften van de populatie, dit kan door middel van een gesprek in een focusgroep. Deelname wordt voortdurend bedreigd door een gebrek aan motivatie. Dit kan opgevangen worden door personen in groep te laten bewegen en ze periodiek te contacteren voor feedback.

7. Toekomst

Om het voortbestaan van het initiatief ook in de toekomst te garanderen, moet het proces eenvoudig en weinig tijdrovend zijn.
De volgende procedure wordt voorgesteld, zoals te zien in Figuur 28. Tijdens de consultatie wordt bij patiënten met diabetes type 2 een beoordeling gemaakt van de nood aan fysieke activiteit. Indien ze in aanmerking komen, wordt het initiatief kort voorgesteld en krijgt de patiënt de herwerkte informatiebrochure mee naar huis met alle praktische informatie (zie 10.8). Tijdens een volgende consultatie wordt de deelname besproken. Indien de patiënt deelneemt, wordt de motivatie opgevolgd. Als de persoon nog niet deelneemt wordt de reden bevraagd. Hierbij is het nuttig navraag te doen naar het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich op dat moment bevindt om zo de correcte motivatie verhogende interventie uit te voeren (21).



Figuur 28: organogram van het initiatief in de toekomst.

8. Bronnen

1. US Preventive Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendation and rationale. Ann Intern Med 2002; 137: 205-7.
2. Heyrman J, Van Geystelen V, Dragon U et al. Uitbreiding naar brede chronische zorg: leerpunten en kritische reflectie vanuit zorgtrajecten. Internet site Domus Medica 2015. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/suggestiemenu/downloads/doc_download/823-themadocument-chronische-zorg-2013.html. Geraadpleegd 2015 april 6.
3. Van Royen P, Bastiaens H, D'hondt A et al. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Internet site Domus Medica 2015. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/inbrengafweging/194-kwaliteit/richtlijnen/index.php?option=com_content&view=category&id=164&Itemid=386. Geraadpleegd 2015 april 24.
4. Amant M, Sunaert P, Van Espen S et al. Van zorgtraject naar een integrale benadering van diabetes: leerpunten en reflecties vanuit de lokale multidisciplinaire netwerken. Leuven; 2013. 58.
5. Langley G, Moen R, Nolan K et al. The Improvement Guide: a practical approach to enhancing organizational performance. Jossey-Bass; 2009. 512.
6. vzw Diabetes Liga. Diabetes wereldwijd. Internet site diabetes liga 2015. Beschikbaar via: http://www.diabetes-vdv.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx. Geraadpleegd 2015 april 6.
7. Thomas D, Elliott E, Naughton G. Exercise for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3. 56.
8. Colberg S, Sigal R, Fernhall B et al. Exercise and Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2010; 33(12): 147–167.
9. vzw Domus Medica. Gezondheidsgids: advies Fysieke activiteit. Internet site Domus Medica 2015. Beschikbaar via: http://www.ggids.be/advies-fysieke-activiteit/. Geraadpleegd 2015 april 5.
10. van Dijk J-W, Manders R, Haartgens F et al. Postpradial hyperglycemia is highly prevalent throughout the day in type 2 diabetes patients. Diabetes Res Clin Pract 2011; 93: 31-37.
11. Peeters S, Schotte M, Verleyen D et al. Bewegingsinterventie voor patiënten met (pre) diabetes en type 2 diabetes mellitus. Hasselt: Universiteit Hasselt; 2012 april. 21.
12. van Dijk J-W, Tummers K, Stehouwer C et al. Exercise therapy in type 2 diabetes: is daily exercise required to optimize glycemic control? Diabetes Care 2012; 35: 948-954.
13. Norris S, Zhang X, Avenell A et al. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2005 april; 2. 88.
14. Overgoor L, Aalders M, Statius Muller.I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts en Wetenschap 2006; 1: 42-45.
15. Smeyers L, Deboutte F, Bartholomeeusen E. Bewegen op voorschrift. Huisarts Nu 2013; 42: 238-41.
16. Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt. Projectrapport armoede in beweging. Leuven; 2012. 39.
17. Riso Vlaams-Brabard vzw, Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt vzw, Ready2Improve. Boffen de deelnemers van bewegen op Voorschrift. Leuven 2010; 82.
18. Vaugier B. Age adjusted Charlson Comorbidity Index. Internet site farmacologiaclinica 2015. Beschikbaar via: http://farmacologiaclinica.info/scales/Charlson_Comorbidity/. Geraadpleegd 2015 april 6.
19. Charlson M, Pompei P, MacKeenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies. J Chronic Dis 1987; 40: 373-83.
20. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Internet site World Health Organization 2014. Beschikbaar via: http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1. Geraadpleegd 2015 april 6.
21. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47: 1102-14.

9. Bijlagen

9.1.bijlage 1: goedgekeurd protocol

SAMENVATTING

Rationale: beweging is een belangrijk element in de behandeling van diabetes mellitus type 2. Interventies door de huisarts om deze populatie aan te sporen meer te bewegen, blijken vaak onsuccesvol. Hierdoor raken huisartsen ontmoedigd en starten vlugger met een medicamenteuze therapie. Een multidisciplinaire aanpak is vereist om patiënten meer te laten bewegen, zoals aangetoond door het initiatief bewegen op voorschrift (3).

Doelstellingen: aansporen van personen met diabetes type 2 om meer te bewegen door gebruik te maken van een lokaal initiatief.

Studie opzet: een observationele studie, waarbij er aan de patiënten gevraagd zal worden om deel te nemen aan een bewegingsinterventie. Dit kan door deel te nemen aan 1 uur conditiegymnastiek'. Bij aanvang zal de basisconditie bepaald worden door middel van een korte vragenlijst en klinisch onderzoek. Tijdens de volgende routine consultaties zullen eventuele lichamelijke klachten en moeilijkheden in de deelname en begeleiding door huisarts of sportcoach aan bod komen. Tevens zal een korte vragenlijst afgenomen worden om het psychische welbevinden in kaart te brengen. Alles wordt binnen de gebruikelijke controle raadplegingen gedaan. Er wordt hiervoor geen supplement aangerekend.

Studie populatie: patiënten met diabetes mellitus type II van 40 tot en met 80 jaar.

Studie parameters/eindpunten: primaire eindpunten zijn aantal gevolgde sessies, het psychische welbevinden. Secundaire eindpunten zijn bloeddruk, BMI, totale vetpercentage, visceraal vet, buikomtrek, nuchtere glycemie, HbA1c, cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol en triglyceriden.

Aard en de omvang van de lasten en risico's geassocieerd met deelname, voordelen en groepsgebondenheid: het cardiovasculair stelsel moet gescreend worden op angor, hypertensie, claudicatio en retinopathie. Dit laatste vormt een contra-indicatie voor inspanning met een hoge intensiteit. Polyneuropathie ter hoogte van de voeten maakt dagelijkse voetcontrole noodzakelijk. Ook dient rekening gehouden te worden met neuropathie van het autonoom zenuwstelsel, daar dit hartritmestoornissen, rusttachycardie, inspanningsintolerantie en stille myocardischemie kan veroorzaken. Hyperglykemie treedt zelden op en kan voorkomen worden door voldoende te drinken tijdens de inspanning. Hoewel hypoglykemie slecht sporadisch optreed tijdens inspanning, zal aan alle patiënte aangeraden worden om een tussendoortje bij de hand te hebben.

Beweging zorgt voor een beter controle van de suikerspiegels. Het verhoogt de glucose opname in de spieren, het verbetert de perifere insuline resistentie en verhoogd de therapietrouw voor medicatie. Grote veranderingen aan het lipidenprofiel zijn niet te verwachten. Sommige studies melden een beperkte verlaging van de LDL-cholesterol, zonder invloed op HDL-cholesterol, noch triglyceriden (1). Terwijl in een Cochrane review dan weer een verlaging van de triglyceriden is vastgesteld, zonder invloed op de andere parameters van het lipidenprofiel (2). Beweging kan de systolische bloeddruk verlagen, al wordt dit niet door alle onderzoeken bevestigd. Er is ook een verband aangetoond tussen beweging en vermindering van depressieve klachten(1).

Referenties

1. Colberg SR, Sigal RJ, Regensteiner et al. Exercise and Type 2 Diabetes. Diabetes Care. Dec 2010; 33(12): e147–e167.
2. Thomas D, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Library. 2009 (1).
3. Smeyers L, Deboutte F, Bartholomeeusen E. Bewegen op voorschrift. Huisarts Nu. 2013; 42 (5).

9.2.bijlage 2: gunstig advies Ethisch Comité

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN BELGIUM

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10533
LEUVEN, 23 juni 2014

Kan een intensieve samenwerking met kinesist en lokale initiatieven patiënten met diabetes mellitus type II van 50 tot en met 70 jaar meer doen bewegen?

B322201421394 – S56633

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 7 mei 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en op voorwaarde dat deelname geen bijkomende kosten met zich meebrengt voor de patiënt/ziekteverzekering.

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

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

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 88 00 Fax +32 16 34 88 01 ec@uzleuven.be ec.submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML10533
UW KENMERK
LEUVEN, 23 juni 2014

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.
Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (dienstgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. G. Goderis

Student
Batyr Anastasia

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

9.3.bijlage 3: informatiebrochure (Nederlands).

Wat houdt voldoende lichaamsbeweging in?

- bij matige fysieke activiteit: min 5 dagen/week 30 min
- bij intense fysieke activiteit: min 3 maal/week 20 min
- inactieve personen: fysieke activiteit gradueel opbouwen

Wat verstaan we onder matige fysieke activiteit?

- zwemmen
- fietsen (15 km/uur)
- trap aflopen
- tafeltennis
- doorstappen

Wat verstaan we onder intense fysieke activiteit?

- joggen
- fietsen (20-25 km/u)
- klimmen
- tennis

Contact:

Dr Cottenie
Dr Kyndt
Dr Batyr

Kursaallaan 13
8670 Koksijde
058/51 88 66

Nuttige links:

- http://www.diabetes-vdv.be
- http://www.datvoeltbeter.be
- http://www.sportelen.be

Diabetes mellitus type 2:

beweeg je naar een gezondere toekomst



Ongetwijfeld heb u reeds gehoord dat diabetes belangrijke negatieve effecten heeft op uw gezondheid. Maar wist u ook dat u betere controle van de suikerspiegels kunt bereiken zonder iets aan uw medicatie te wijzigen? Ik heb het natuurlijk over een belangrijke hoeksteen van de behandeling, namelijk beweging.

Momenteel gaan overal in het land initiatieven van start om mensen met diabetes te stimuleren meer te bewegen. Wij willen daar graag aan meewerken.

U kunt kiezen uit twee mogelijkheden: oefenen onder begeleiding van de kinesist of deelnemen aan ‘sportelen’. Het doel van dit project bestaat erin om zoveel mogelijk personen die lijden aan diabetes type II warm te maken voor deelname. De focus ligt op het vinden van een haalbare, nieuwe levensstijl en niet op suikerspiegels, cholesterol en gewicht.

Wie zoeken wij:

gemotiveerde personen met diabetes mellitus type II van 50 tot 70 jaar.

Werkwijze:

tijdens een routine bloedafname bespreken we samen met u de mogelijkheid om deel te nemen aan ons programma. U kunt kiezen om de bewegingssessie bij een kinesist naar keuze te doen of deel te nemen aan sportelen. Bij aanvang bepalen we uw basisconditie door middel van een korte vragenlijst. Tijdens de volgende consultaties gaan we vooral in op uw deelname, alsook eventuele drempels. Alles kan gedaan worden binnen de gebruikelijke controle raadplegingen.

Beweging heeft tal van voordelen:

- betere suikerregeling
- betere slaapkwaliteit
- beter humeur
- sterkere botten
- betere bloedrukcontrole
- betere spijsvertering
- betere fysieke fitheid

Voetcontrole:

Suikerziekte gaat vaak gepaard met een verminderd gevoel in de voeten. Dit komt omdat teveel suiker in het bloed de zenuwen beschadigt. Verminderd gevoel wil ook zeggen dat personen met suikerziekte zich minder bewust zijn van drukplekken, kloofjes en wonden. Hierdoor kunnen er zich verwondingen ontwikkelen, zonder dat deze pijn doen. Dit kan met verloop van tijd grote wonden veroorzaken, die slecht genezen. Een dagelijks voetonderzoek door de patiënt is daarom zeer nuttig.

Enkele tips:

- gebruik lauw water (37°C) als u uw voeten wast en droog ze goed af
- knip uw teennagels kort en recht. Rond de randen lichtjes af met een vijl.
- gebruik een hydraterende crème bij droge huid, breng nooit crème tussen de tenen aan
- ontsmet voetwondjes zorgvuldig

9.4.bijlage 4: informatiebrochure (Frans).

Qu’entendons-nous par activité physique suffisante?

- activité à faible intensité: min. 5 jours/semaine 30 min
- activité à intensité moyenne: min. 3 fois/semaine 20 min
- personnes inactives: construire l’activité physique progressivement

Qu’entendons-nous par activité physique à intensité moyenne?

- la natation
- le vélo (15 km/uur)
- prendre l’escalier
- le tennis de table
- la marche

Qu’entendons-nous par activité physique à intensité élevée?

- la course à pied
- le vélo (20-25 km/u)
- l’escalade
- le tennis

Contact:

Dr Cottenie
Dr Kyndt
Dr Batyr

Kursaallaan 13
8670 Koksijde
058/51 88 66

Liens utiles:

- http://www.diabetes-vdv.be
- http://www.datvoeltbeter.be
- http://www.sportelen.be

Diabetes mellitus type 2:

Bougez vers un avenir plus sain



Vous avez sans aucun doute déjà entendu que le diabète a des effets néfastes non-négligeables sur votre santé. Mais saviez-vous que vous pouvez mieux régulariser votre taux de glycémie sans devoir changer quoi que ce soit à votre médicamentation? Vous devinerez que je parle d'un aspect très important de votre traitement: l'activité physique.

Pour l'instant, de nombreuses initiatives pour stimuler les personnes souffrant de diabète à bouger ont vu le jour dans tout le pays. Nous aimerions également y contribuer.

Vous avez deux possibilités: une activité physique accompagnée par un kiné ou participer à 'sportelen'. Le but de ce projet est de faire participer un maximum de personnes souffrant de diabète type II. L'accent est mis sur la recherche d'un nouveau style de vie viable, et non sur les taux de glycémie, le cholestérol et le poids.

Qui cherchons-nous:

des personnes motivées souffrant de diabetes mellitus type II entre 50 et 70 ans.

Méthode:

lors d'un test sanguin de routine, nous discuterons avec vous de la possibilité de participer à notre programme. Vous pouvez choisir parmi une session de mouvement chez un physiothérapeute de votre choix ou la participation à 'sportelen'. Au début, nous déterminons votre niveau de condition physique grâce à un court questionnaire. Lors des prochaines consultations, nous allons nous concentrer sur votre participation, ainsi que sur d'éventuels obstacles. Tout peut se dérouler pendant les consultations de contrôle habituelles.

Bouger a de nombreux avantages:

- meilleure régulation du taux de glycémie
- amélioration du sommeil
- meilleure humeur
- des os plus solides
- meilleur contrôle de la pression sanguine
- amélioration de la digestion
- meilleure condition physique

Contrôle des pieds:

Le diabète est souvent accompagné d'un trouble de la sensibilité dans les pieds. Ceci est dû au fait que trop de sucre dans le sang endommage les nerfs. Une perte de sensibilité signifie aussi que les personnes diabétiques se rendent moins vite compte de bleus, fissures et plaies. En conséquence, des blessures peuvent se développer, sans qu'on ressente de la douleur. Avec le temps, les plaies peuvent s'agrandir et guérissent mal. Un examen journalier des pieds par le patient est donc très utile.

Quelques conseils:

- utilisez de l'eau tiède (37°C) lorsque vous lavez vos pieds et séchez-les bien
- coupez vos ongles courts et droits. Arrondissez les bords légèrement avec une lime.
- utilisez une crème hydratante pour les peaux sèches, ne jamais appliquer de la crème entre les orteils.
- désinfecter les plaies du pied soigneusement
-

9.5.bijlage 5: vragen focusgroep niet-deelnemers.

1. communicatie: hoe mensen op de hoogte brengen van initiatief.
    a. per telefoon, via brief, op consultatie?
    b. stempel van dr. Cottenie op achterkant brief ipv van mij?
    c. eerste consult enkel bij dr. Batyr. liever ook bij dr. Cottenie?
2. bezwaren
    a. nut van beweging
        - vinden jullie het nuttig om meer te bewegen?
        - welke sport zouden jullie graag volgen?
        - liever in groep of individueel?
    b. nut van de lessen?
        - hoe lang moeten de lessen duren?
        - intensiteit van de lessen?
        - krachtoefeningen, conditieoefeningen, lenigheidsoefeningen?
3. groep: hoe trekken we meer mensen volgend jaar aan?
    a. wat doen we met de bezwaren?
        - hoe zouden jullie het organiseren?
    b. tijdstip /plaats lessen ?
    c. andere suggesties?

9.6.bijlage 6: vragen focusgroep deelnemers.

1. communicatie
    a. Begeleiding van de huisarts
        - Per telefoon, per brief, op consultatie?
        - Werd het initiatief duidelijk uitgelegd?
        - Stempel van Dr. Cottenie op achterkant brief i.p.v. van mij?
        - Eerste consult enkel bij mij liever ook bij dr. Cottenie?
        - Lessen vallen tijdens de consultaties waardoor ik weinig aanwezig kon zijn tijdens de lessen.
            - Vinden jullie dat ik jullie voldoende begeleid?
            - Wat kan beter omtrent mijn begeleiding?
    b. Begeleiding van de turnleerkrachte
        - Turnleerkracht wordt altijd in groep gezien. Voldoende gelegenheid en openheid om eventuele persoonlijke vragen i.v.m. de oefeningen te stellen?
        - Hoe wordt zij ervaren?
            - Laat zij toe dat een oefening overgeslaan wordt?
            - Laat zij toe de oefeningen op je eigen tempo uit te voeren?
            - Toont zij de oefeningen voldoende voor?
            - Zorgt zij voor voldoende variatie?
            - Zorgt zij voor voldoende motivatie?

2. ervaringen:
    a. nut van beweging (vroeger en nu)
        - vinden jullie het nuttig om meer te bewegen?
        - welke sport zouden jullie graag volgen?
        - liever in groep of individueel?
    b. nut van de lessen (vroeger en nu)
        - hoe lang moeten de lessen duren?
        - intensiteit van de lessen?
        - kracht, conditie, lenigheid ?
    c. plaats lessen?
        - Koksijde dorp versus Oostduinkerke?
        - Is de zaal groot genoeg?
    d. tijdstip lessen?
        - Koksijde markt
    e. Is de opkomst groter omdat de partner mee mag ook al heeft hij/zij geen diabetes?
    f. Is het tempo van de lessen aangepast aan de deelnemers?
    g. Wat loopt goed?
        - Consulten bij mij?
        - Lessen?
    h. Wat kan beter?
        - Consulten bij mij?
        - Lessen?
    i. Vinden jullie het initiatief zinvol?
    j. Zouden jullie in de toekomst opnieuw deelnemen?

3. groep: hoe trekken we volgende jaar meer mensen aan?
    a. Hoe zetten we onze ervaringen om in raad voor volgende keer?
    b. Hoe zouden jullie het organiseren?
    c. Wat doen we met het tijdstip en de plaats?
    d. Andere suggesties?

9.7.bijlage 7: vragen sportcoach.

1. communicatie
    a. huisarts: via mail, via telefoon en genoeg?
    b. deelnemers: genoeg?
2. ervaringen
    a. wat is goed?
    b. wat kan beter?
    c. wat vindt u van de samenstelling van de groep?
        i. verschillende leeftijden samen
        ii. verschillende geslachten samen
        iii. personen met verschillende conditie samen

1. indruk dat mensen die buiten de groep vallen van conditie gemakkelijker afhaken?

   d. tijdstip lessen
   e. plaats lessen
   f. gerief dat voorhanden is
   g. genoeg medische ondersteuning?

3. vragen van deelnemers (uit focusgroep)
   a. verstaan soms oefeningen niet goed, weten soms niet hoe ze oefeningen moeten uitvoeren.
   b. communicatie
      i. deelnemers zouden liever om 9 u komen zodat ze van 10 tot 10 15 nog vragen zouden kunnen stellen.
4. eigen opmerkingen
   a. initiatief bekendmaken bij andere huisartsen?

9.8.bijlage 8: aangepaste infobrochure (Nederlands).

Wie zoeken wij:

gemotiveerde personen met diabetes mellitus type II van 40 tot en met 80 jaar.

Werkwijze:

tijdens een routine bloedafname bespreken we samen met u de mogelijkheid om deel te nemen aan ons programma. Tijdens de volgende consultaties gaan we vooral in op uw deelname, alsook eventuele pijnpunten.

Praktisch:

Waar: zaal voor vloersporten in Koksijde-Dorp
Wanneer: elke vrijdag van 9 tot 10u, uitgezonderd tijdens schoolvakanties.

De lessen gaan door in een gemengde groep met tevens deelnemers die niet aan suikerziekte lijden. Het tempo van de lessen wordt aangepast aan de deelnemers. Er is mogelijkheid om bepaalde oefeningen over te slaan. Partners zonder suikerziekte zijn ook welkom.

Contact:

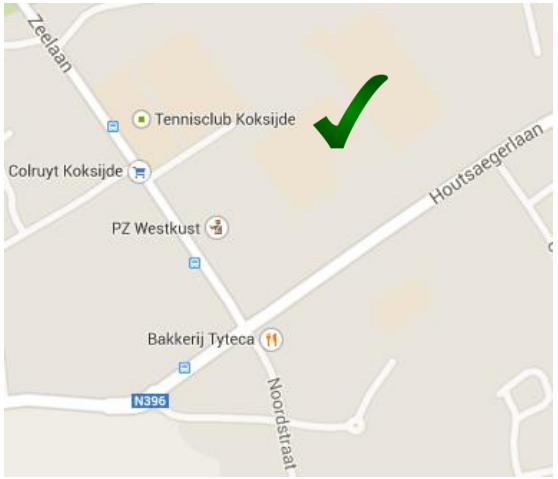
Dr Cottenie - Dr Kyndt - HAIO

Kursaallaan 11
8670 Koksijde
058/51 88 66

Nuttige links:

- http://www.diabetes-vdv.be
- http://www.datvoeltbeter.be
- http://www.sportelen.be

Plan



Diabetes mellitus type 2:



Ongetwijfeld heb u reeds gehoord dat diabetes belangrijke negatieve effecten heeft op uw gezondheid. Maar wist u ook dat u betere controle van de suikerspiegels kunt bereiken zonder iets aan uw medicatie te wijzigen? Ik heb het natuurlijk over een belangrijke hoeksteen van de behandeling, namelijk beweging.

Momenteel gaan overal in het land initiatieven van start om mensen met diabetes te stimuleren meer te bewegen. Wij willen daar graag aan meewerken.

Het doel van dit project bestaat erin om zoveel mogelijk personen die lijden aan diabetes type II warm te maken voor deelname. De focus ligt op het vinden van een haalbare, nieuwe levensstijl en niet op suikerspiegels, cholesterol en gewicht.

Beweging heeft tal van voordelen:

- betere suikerregeling
- betere slaapkwaliteit
- beter humeur
- sterkere botten
- betere bloedrukcontrole
- betere spijsvertering
- betere fysieke fitheid

Wat houdt voldoende lichaamsbeweging in?

- bij matige fysieke activiteit: min 5 dagen/week 30 min
- bij intense fysieke activiteit: min 3 maal/week 20 min
- inactieve personen: fysieke activiteit gradueel opbouwen

Wat verstaan we onder matige fysieke activiteit?

- zwemmen
- fietsen (15 km/uur)
- trap aflopen
- tafeltennis
- doorstappen

Wat verstaan we onder intense fysieke activiteit?

- joggen
- fietsen (20-25 km/u)
- klimmen
- tennis

Voetcontrole:

Suikerziekte gaat vaak gepaard met een verminderd gevoel in de voeten. Dit komt omdat teveel suiker in het bloed de zenuwen beschadigt. Verminderd gevoel wil ook zeggen dat personen met suikerziekte zich minder bewust zijn van drukplekken, kloofjes en wonden. Hierdoor kunnen er zich verwondingen ontwikkelen, zonder dat deze pijn doen. Dit kan met verloop van tijd grote wonden veroorzaken, die slecht genezen. Een dagelijks voetonderzoek door de patiënt is daarom zeer nuttig.

Enkele tips:

- gebruik lauw water (37°C) als u uw voeten wast en droog ze goed af
- knip uw teennagels kort en recht. Rond de randen lichtjes af met een vijl.
- gebruik een hydraterende crème bij droge huid, breng nooit crème tussen de tenen aan
- ontsmet voetwondjes zorgvuldig