Fysische activiteit op voorschrift in de huisartsenpraktijk: Van ziektespecifiek bewegingsvoorschrift naar een generiek voorschrift voor patiënten met multimorbiditeit

De Pauw Carmen, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Boeckxstaens Pauline, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Deze masterproef werd gemaakt tijdens mijn twee jaren als huisarts in opleiding. Een erg interessante en leerrijke periode, waarbij ik het gevoel heb dat ik op korte tijd op professioneel vlak veel ben gegroeid. Het is eveneens een drukke periode, waarbij we naast het werk in de praktijk ook de nodige tijd dienden te voorzien voor besprekingen met collega's, reflecties, video's ... en natuurlijk ook deze masterproef.

Graag wil ik bij deze gelegenheid enkele mensen bedanken.
In de eerste plaats mijn promotor Dr. Pauline Boeckxstaens, voor de algemene begeleiding. Ik kon steeds met al mijn vragen bij haar terecht voor een snel antwoord met deskundige raad.
Verder wil ik mijn collega's in de praktijk bedanken voor de ruimte en nodige tijd die ze me gaven om aan deze masterproef te werken.

Ten slotte wil ik mijn partner bedanken voor het nalezen van de scriptie en voor zijn onvoorwaardelijke steun.

VOORWOORD

ABSTRACT

1. INLEIDING 1

1.1 ONDERZOEKSVRAAG 2

2. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 3

2.1 DEFINITIE 3
2.2 EPIDEMIOLOGIE 4
2.3 ALGEMENE RICHTLIJNEN 6
2.3.1 Domus Medica 6
2.3.2 WHO 7
2.3.3 NHG 8
2.3.4 Physical activity guidelines for Americans from 2008 8
2.4 FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ PATIËNTEN MET MULTIMORBIDITEIT OF CHRONISCHE AANDOENINGEN 9
2.5 DE ROL VAN DE HUISARTS IN BEWEGINGSPROMOTIE 10
2.6 AANBEVELINGEN VOOR FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ KLACHTEN EN AANDOENINGEN 11
2.6.1 Verschillende klachten en aandoeningen belicht (17) 11
a) Menopauze 11
b) Alcoholafhankelijkheid 12
c) Astma 14
d) Chronische lage rugpijn 15
e) Tumoraal proces 15
f) COPD 16
g) Dementie 17
h) Depressie 18
i) Diabetes mellitus type 2 19
j) Hypertensie 21
k) Obesitas 22
l) Osteoporose 24
j) Reumatoïde artritis 25
k) Chronische nierinsufficiëntie 27

3. METHODOLOGIE 29

4. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK: BEWEGING OP VOORSCHRIFT 30

4.1 BEWEGING OP VOORSCHRIFT IN DE PRAKTIJK 30
4.2 EEN GENERIEK BEWEGINGSVOORSCHRIFT VOOR PATIËNTEN MET MULTIMORBIDITEIT 32

5. VINDEN KINESITHERAPEUTEN EEN SPECIFIEK BEWEGINGSVOORSCHRIFT IETS OM IN DE TOEKOMST OOK MEE TE WERKEN IN SAMENWERKING MET DE HUISARTS? 34

5.1 ENQUÊTE 34
5.2 RESULTATEN 35
5.3 DISCUSSIE 38

6. BESLUIT 40

7. BIJLAGE: WAT IS DE VEILIG GRENS OM PATIËNTEN BEWEGING OP VOORSCHRIFT VOOR TE SCHRIJVEN. WANNEER DOOR TE VERWIJZEN MET EEN SPECIALIST? (EXPERT OPINION) 41

8. REFERENTIES 43

Abstract

Context: Fysische activiteit is enorm belangrijk ter preventie van allerlei aandoeningen en in het kader van een gezonde levensstijl. Als huisarts hebben we een maatschappelijke taak om patiënten op regelmatige basis te motiveren om meer te gaan bewegen, indien nodig. In de huisartsgeneeskunde kom je echter vaak in contact met mensen die te kampen hebben met een aandoening, of soms een combinatie van verschillende aandoeningen. Het leek me interessant te onderzoeken of we patiënten meer zouden kunnen doen bewegen via een voorschrift voor beweging, specifiek voor bepaalde aandoeningen of multimorbiditeiten. Wat is de veilige grens om deze patiënten zelf aanbevelingen te geven en wanneer moeten we ze doorsturen.
Bovendien wilde ik graag de opinie van kinesitherapeuten hierin betrekken, omdat ook zij belangrijk zijn als eerstelijns zorgverlener om een goed preventiebeleid aan de man te brengen.

Onderzoeksvraag: Is het mogelijk om via een ziekte specifiek bewegingsvoorschrift een generiek voorschrift voor beweging op te stellen voor mensen met multimorbiditeit? Vervolgens vroeg ik me af of een bewegingsvoorschrift iets is waar kinesitherapeuten ook interesse in hebben om te gebruiken in samenwerking met de huisarts.

Methode: Als eerste luik in de thesis is er een literatuuronderzoek gebeurd omtrent de huidige richtlijnen rond beweging voor specifieke aandoeningen. Dit met behulp van een Zweedse paper waarin per aandoening richtlijnen zijn onderzocht en 39 andere geïncludeerde relevante artikels. Verder is er een enquête met gestructureerde vragen opgesteld bestemd voor kinesitherapeuten. Deze is gedeeld op de site van de beroepsvereniging voor kinesisten. De resultaten werden in grafieken uitgezet.

Resultaten: Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het onmogelijk is om van een ziekte specifiek voorschrift naar een generiek bewegingsvoorschrift te gaan voor patiënten met multimorbiditeit. Er zijn te veel zaken waar men per pathologie mee moet rekening houden. Wel kan men naargelang de aandoeningen opzoeken wat volgens de richtlijnen aangeraden is en zo eventueel een consensus opmaken indien mogelijk. Belangrijk hierbij is dat we dan rekening houden met de aandoening waarbij het minst fysieke activiteit kan uitgevoerd worden. Deze aanbeveling zal de patiënt dan moeten volgen.
Er hebben 20 kinesitherapeuten de enquête ingevuld. Hieruit volgt dat de meesten de indruk hebben dat er meer fysieke activiteit moet worden aangeraden en dat er wel degelijk interesse is in het gebruik van een specifiek bewegingsvoorschrift.

Conclusie: Een generiek bewegingsvoorschrift opstellen dat gebruikt kan worden in de huisartspraktijk voor patiënten met verschillende aandoeningen is niet mogelijk en

kan gevaarlijk zijn. Dit wil echter niet zeggen dat beweging op voorschrift geen plaats heeft in de praktijk. Een bewegingsvoorschrift kan immers zeker gebruikt worden. Belangrijk is dan, indien er sprake is van een patiënt met verschillende aandoeningen, de richtlijnen na te gaan en de bewegingsadviezen mee te geven van de aandoening waarbij het minst fysieke activiteit kan uitgevoerd worden.
Uit de enquête blijkt dat kinesitherapeuten het belang van fysieke activiteit herkennen en geïnteresseerd zijn om met een bewegingsvoorschrift te werken. Er is verder onderzoek nodig om de bekomen resultaten te versterken.

1. Inleiding

Een gezonde levensstijl werkt zowel gezondheid bevorderend als ziektepreventief. Meer en meer wordt hier vanuit verschillende domeinen (opleiding, media, artsen, ...) nadruk op gelegd. Het belang van rookstop, gezonde voeding en lichaamsbeweging is algemeen wel ingeburgerd, maar effectieve uitvoering is soms ver te zoeken.
Fysieke activiteit op regelmatige basis is een van de maatregelen die een zeer grote positieve impact zou hebben op de gezondheid van de populatie. Indien iedereen dit wat meer zou uitvoeren zou de gemiddelde algemene gezondheid erop vooruitgaan en de zouden de gezondheidszorgkosten enorm dalen. (1)

Een sedentaire levensstijl draagt bij tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Personen in goede fysieke conditie hebben een lagere cardiovasculaire mortaliteit dan personen met weinig fysieke conditie, zelfs na correctie voor andere risicofactoren. Geregeld matig intensieve fysieke activiteit doet niet alleen de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in belangrijke mate dalen, maar beïnvloedt ook onrechtstreeks de andere risicofactoren zoals de bloeddruk, het lipidenprofiel en de ontwikkeling van diabetes type 2. (1)

Een belangrijke doelgroep in de huisartsenpraktijk zijn patiënten die te kampen hebben met verschillende aandoeningen of chronische aandoeningen. Hierbij is vaak de drempel naar fysieke activiteit nog groter dan wanneer de patiënt lijdt aan één probleem. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Patiënten hebben vaak angst, of er is een onwetendheid wat kan en wat niet kan met hun aandoening. De hulpverlener zal zelf ook vaak voorzichtiger omspringen met bepaalde aanbevelingen.
Met deze kennis in het achterhoofd leek het mij wel interessant om te kijken hoe we patiënten kunnen motiveren tot meer beweging, met name de doelgroep van patiënten met multimorbiditeiten. Dit dan eventueel met behulp van een voorschrift voor beweging volgens huidige richtlijnen en binnen veilige grenzen.

Daarnaast is een keuze omtrent lichaamsbeweging in de huisartsenpraktijk wat gegroeid uit persoonlijke interesse naar sportgeneeskunde. Door deze opleiding te volgen leek het me wel een uitdaging beiden te combineren door patiënten te motiveren meer aan lichaamsbeweging te doen.

1.1 Onderzoeksvraag

In deze MANAMA zal ik mij voornamelijk toespitsen op volgende zaken:

- Wat is de evidentie van fysieke activiteit bij patiënten in het algemeen en met chronische aandoeningen of multimorbiditeiten.

- Is het mogelijk om via een ziekte specifiek bewegingsvoorschrift een generiek voorschrift voor beweging op te stellen voor mensen met multimorbiditeit?

- Vinden kinesitherapeuten een voorschrift voor beweging iets om eventueel te gebruiken in samenwerking met de huisarts?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Definitie

Hoe wordt fysieke activiteit gedefinieerd?

- In het algemeen betekent fysieke activiteit alle vormen van beweging waarbij energie afgifte toeneemt. Dit houdt elke vorm van spieractiviteit in zoals wandelen, maar ook het huishouden, tuinieren, etc.

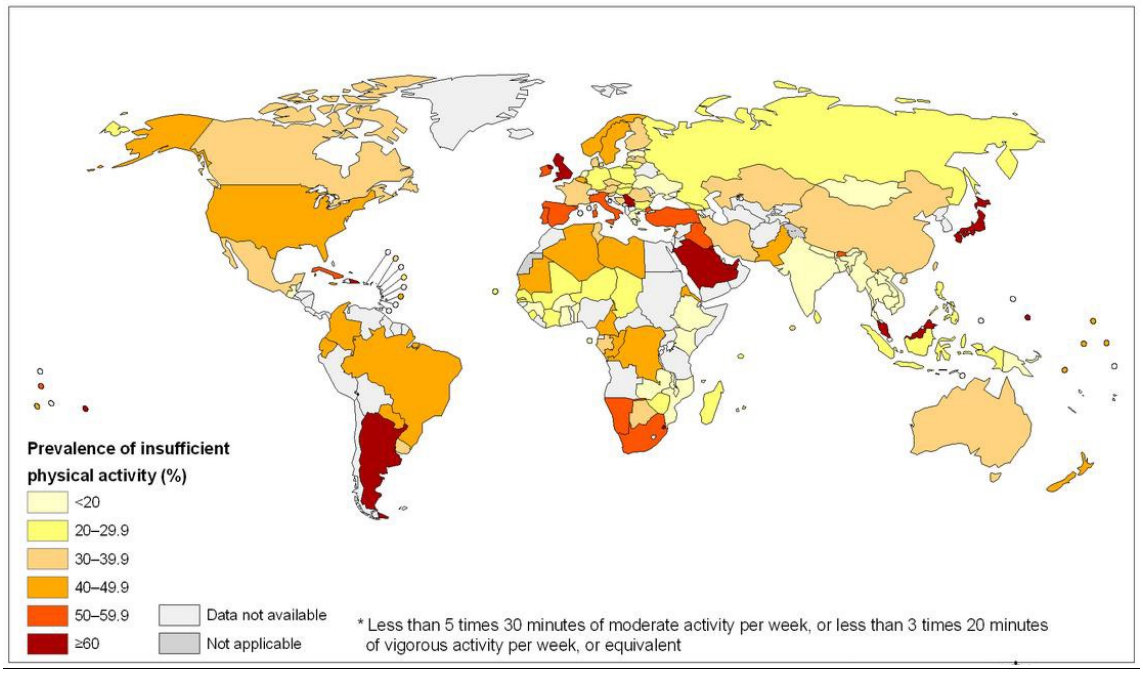
- Gezondheid bevorderende fysieke activiteit betekent alle vormen van fysieke activiteit die de gezondheid en fysieke capaciteit verbeteren zonder bijdrage tot risico of letsel.

- Sporten is geplande fysieke activiteit met een bepaald doel, zoals het algemeen welzijn verbeteren.

- Training is fysieke activiteit om de algemene capaciteit te verbeteren. Dit kan in alle vormen van fysieke activiteit.

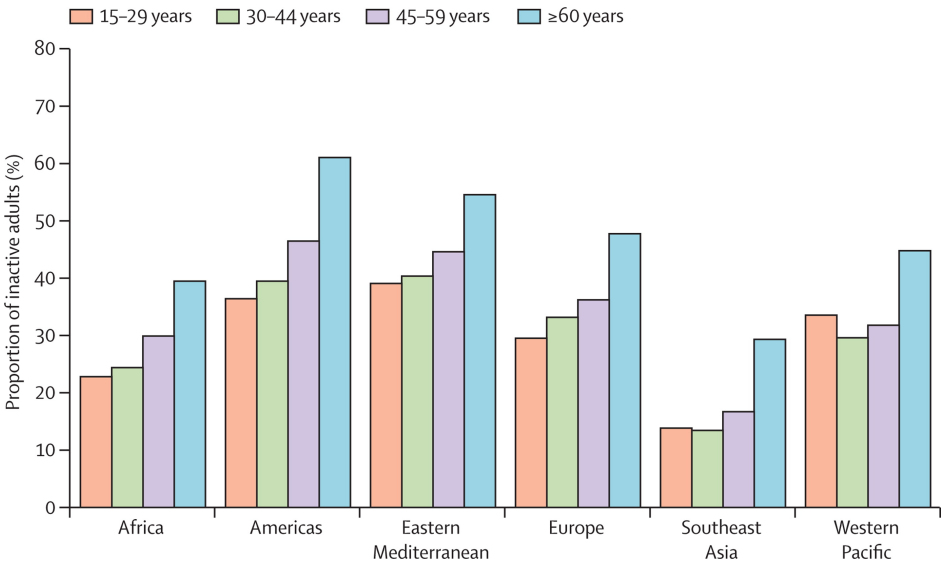
Het is belangrijk in te zien dat een groot deel van onze energie afgifte komt uit beweging van onze dagdagelijkse activiteiten zoals transport naar het werk, het huishouden, hobby's, etc. De dagdagelijkse activiteiten in combinatie met geplande vormen van fysieke activiteit, zoals bijvoorbeeld naar de fitness gaan, bepalen samen de energie afgifte. Het potentieel om gezondheid bevorderend te werken is om de globale fysieke activiteit te verhogen, zowel tijdens de dagdagelijkse bezigheden als in de vrije tijd. Met dit gegeven is het dus belangrijk om aan de patiënt mee te geven dat ze voor een stijging van fysieke activiteit niet meteen 4 uur in de week moeten gaan joggen, maar kleine veranderingen tijdens de dagdagelijkse activiteiten kunnen ook al behulpzaam zijn. (2)

2.2 Epidemiologie



Afbeelding 1. Prevalentie van onvoldoende fysieke activiteit volgens WHO (2010)

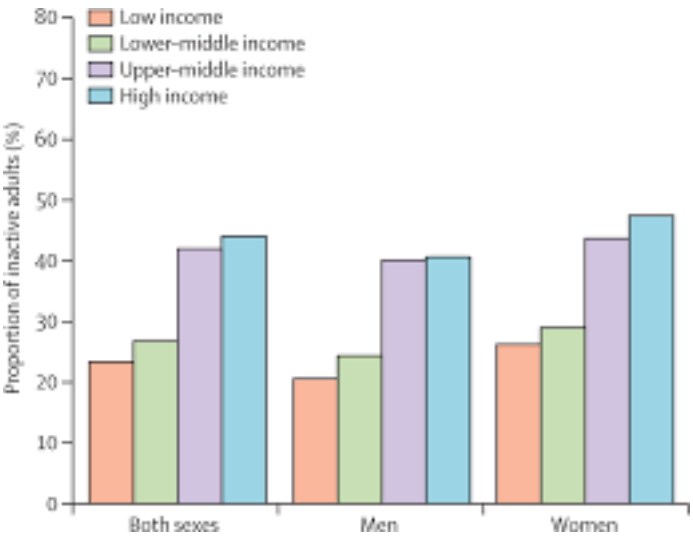
Globaal waren er in 2010 gemiddeld 23% van de totale wereldbevolking onvoldoende actief (20% van de mannen en 27% van de vrouwen). Over het algemeen was de oudere bevolking minder actief dan de jongere bevolking, 55% van de oudere bevolking voldeed niet aan de aangeraden richtlijnen, in vergelijking met 19% van de jongere bevolking.
De Oost-Mediterraanse regio en de Amerikaanse regio scoren het slechts. Zuid/Oost-Azië en Afrikaanse regio's scoren het best. (3)



Afbeelding 2. Inactiviteit volgens leeftijdsgroep wereldwijd

Opvallend is te zien dat 60 plussers in Zuid-Oost Azië veel actiever zijn dan in Amerika, Europa en Oost-Mediterraanse landen.

De prevalentie van onvoldoende fysieke activiteit stijgt bij landen met een hoger inkomen (respectievelijk 41% voor de mannen en 48% voor de vrouwen) en ligt daaruit volgend ook lager bij landen met een lager inkomen (18% van de mannen en 21% van de vrouwen). (2,3)



Afbeelding 3. Inactiviteit in relatie tot geslacht en inkomen

Onvoldoende fysieke activiteit is een heel belangrijke oorzaak voor globale mortaliteit. Mensen die niet aan de aanbevolen activiteit richtlijnen voldoen hebben een 20-30% meer risico om te sterven aan allerlei aandoeningen. Regelmatig beweging reduceert immers het risico op ischemische hartaandoeningen, diabetes, infarct, hypertensie, etc. (2,3)

2.3 Algemene Richtlijnen

2.3.1 Domus Medica

Aanbevolen lichaamsbeweging bij volwassenen zonder chronische pathologie en ouderen ≥65 jaar.

	18 tot 64 jaar zonder chronische pathologie	≥65 jaar
Aerobe uithouding	Regelmatige, ritmische aerobe activiteit van grote groepen spieren, zoals stevig wandelen, fietsen, zwemmen, joggen.	
Hoe vaak?	- Best dagelijks - Minstens 5 keer per week bij matige intensiteit - Minstens 3 keer per week bij hogere intensiteit - Ook combinaties van deze twee zijn mogelijk	
Hoelang?	**Matig intensief:** 30 minuten per dag, eventueel te bereiken in blokken van minimaal 10 minuten **Hoog intensief:** 20 minuten per dag	Bij sedentaire ouderen steeds starten met blokken van 10 minuten
Hoe intensief?	**Matig intensief** · lichte stijging van de diepte en frequentie van de ademhaling · een gesprek voeren blijft vlot mogelijk · hartfrequentie tussen 55-69% van het leeftijdspecifieke maximum **Hoog intensief** · een gesprek voeren is moeilijk · zweten · hartfrequentie boven 75% van het leeftijdspecifieke maximum	· Intensiteit bepalen met een subjectieve schaal. Op deze schaal is 0 rust en 10 maximale inspanning: - matig intensief: subjectief 5-6 - hoog intensief: subjectief 7-8
Weerstandsoefeningen	Oefeningen gericht op het verhogen van de spierkracht, het spiervermogen, de spiermassa en uithouding van de spieren	
Hoe vaak?	2 tot 3 keer per week maar met minstens één dag tussenpauze	
Hoe intensief?	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van 8 tot 10 herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van 10 tot 15 herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie
Soepelheid		Minstens 2 keer per week
Evenwicht (bij verhoogd valrisico)		3 keer per week

Afbeelding 4. Aanbevolen fysieke activiteit volgens leeftijdscategorie (Domus Medica)

Concreet wordt aanbevolen om te streven naar vijf keer per week dertig minuten per dag te fietsen, stevig te wandelen, te tuinieren, etc. (liefst een aerobe activiteit). Sedentaire mensen bouwen de totale duur van de inspanning beter geleidelijk op. Verschillende korte oefensessies per dag zijn even effectief als één lange sessie, zolang de totale verbruikte energie dezelfde blijft. Kortere sessies, gespreid over de dag, zijn vaak vlotter haalbaar. Mensen met tijdgebrek kunnen hun fysieke activiteit dus eventueel spreiden over perioden van telkens tien minuten.

Bij gezonde personen heeft fysieke activiteit een positief effect op de levensverwachting en op een aantal belangrijke cardiovasculaire risicofactoren zoals het lipidenprofiel, bloed- druk, nuchtere glycemie en insulineresistentie. Onafhankelijk van deze klassieke

risicofactoren verlaagt fysieke activiteit op zich het risico op cardiovasculaire aandoeningen en de kans op CVA. (8)

Voor patiënten met een chronische pathologie (bv. na myocardinfarct, bij hartfalen of bij COPD) is fysieke activiteit meestal aanbevolen, zowel preventief en als onderdeel van hun behandeling. Zij moeten fysiek actief zijn op het niveau dat nodig is om de aandoening in kwestie doeltreffend en veilig te behandelen. Domus medica raadt hierbij aan om door te verwijzen naar een specialist, cfr. infra.

2.3.2 WHO

De WHO maakt onderscheid naar gelang de leeftijdscategorie voor hun aanbevelingen:

5 – 17 jaar

- Minstens 60 minuten middelmatig tot krachtige fysieke activiteit dagdagelijks.
- Meer dan 60 minuten heeft extra bevorderende gezondheidsvoordelen.
- Minstens 3x/week activiteiten die spier en botkracht verstevigen.

18-64

- Minstens 150 minuten fysieke activiteit van gemiddelde intensiteit per week, of minstens 75 minuten van zwaardere intensiteit.
- Minstens 300 minuten voor bijkomende gezondheid bevorderende effecten.
- Spierversterkende oefeningen 2 of meer dagen per week.

+65

- Minstens 150 minuten fysieke activiteit van gemiddelde intensiteit per week, of minstens 75 minuten van zwaardere intensiteit.
- Minstens 300 minuten voor bijkomende gezondheid bevorderend effecten.
- Diegenen met slechte mobiliteit worden aangeraden om 3 keer per week aan fysieke activiteit te doen als valpreventie en om het evenwicht te verbeteren.
- Spierversterkende oefeningen 2 of meer keer per week

Wel is het zo dat ouderen met bepaalde chronische aandoeningen, zoals cardiovasculaire ziektes en diabetes, extra voorzichtig moeten zijn en best medisch advies inwinnen vooraleer ze streven naar de aanbevolen levels van lichamelijke activiteit. Er zijn verschillende manieren om het totaal van 150 minuten te bereiken,

bijvoorbeeld 5 dagen per week een activiteit van 30 minuten. De enige voorwaarde is dat elk individueel blok minstens 10 minuten moet duren. Belangrijk is ook het gegeven dat elk vorm van fysieke activiteit – hoe beperkt ook – beter is dan inactiviteit. Ouderen die niet voldoen aan de huidige richtlijnen moeten aangemoedigd worden om de duur, frequentie en uiteindelijk ook de intensiteit te verhogen in een streven naar de aanbevolen hoeveelheid. De huidige richtlijnen zijn toepasbaar op alle 65 plussers, ongeacht hun geslacht, etniciteit of sociale status. Ze kunnen ook toegepast worden op ouderen met een beperking, hoewel hier een individuele aanpak aanbevolen wordt. (3)

2.3.3 NHG

De NHG-richtlijn omtrent obesitas adviseert een evenwicht tussen gezonde voeding, voldoende beweging en eventuele psychologische begeleiding naar gedragsverandering toe.
Specifiek op fysieke activiteit gericht adviseert de huisarts bij voorkeur minimaal één uur per dag matig intensief bewegen (ademhaling is versneld, praten is nog mogelijk). Bewegen kan onder begeleiding van een fysiotherapeut plaatsvinden, bijvoorbeeld als er comorbiditeit is, zoals chronische gewrichtsklachten of aandoeningen die gepaard gaan met een inspanningsbeperking. Voor begeleiding bij verhogen van de lichamelijke activiteit kan de huisarts verwijzen naar een lokaal of via het werk georganiseerd beweegprogramma, indien mogelijk afgestemd op de doelgroep, zoals vrouwen van Marokkaanse of Turkse herkomst. Bespreek eventuele weerstanden tegen bewegen. Leg uit dat verschijnselen als een snelle hartslag en transpiratie normaal zijn bij sporten. Bewegen alleen laat een bescheiden effect zien wat betreft gewichtsafname. Bewegen heeft echter wel een gunstig effect op cardiovasculaire risicofactoren, ook zonder gewichtsverlies. (4)

2.3.4 Physical activity guidelines for Americans from 2008

Gezondheid bevorderende richtlijnen:

- Minstens 10 min per activiteit
- Hierbij moet de intensiteit middelmatig zijn; haalbaar zijn om te praten maar niet om te zingen. (aerobe fysieke activiteit)
- Activiteiten met middelmatige intensiteit kunnen vervangen worden door hogere intensiteit. Bv. Elke dag 30 minuten wandelen, naar 3 tot 4maal per week 20-30 minuten joggen.
- Doel: 150 min wandelen per week, of 75 min joggen per week
- Kracht en lenigheidstraining minstens 2 maal per week
- Kinderen moeten minstens 60 minuten per dag middelmatig tot zwaardere fysieke activiteit uitoefenen (5)

2.4 Fysieke activiteit bij patiënten met multimorbiditeit of chronische aandoeningen

Globaal gezien is er minder literatuur te vinden omtrent de aanbevelingen voor fysieke activiteit bij mensen met chronische aandoeningen of multimorbiditeit, in vergelijking met aanbevelingen voor de algemene bevolking.
In een artikel gepubliceerd in BMC Public Health in 2014 wordt de associatie tussen fysieke activiteit en multimorbiditeit vergeleken in de Spaanse populatie. Dit deden ze o.b.v. een cross-sectionele studie over 15 jaar met een populatiegroep van 22190 volwassenen.
Als resultaat zag men een omgekeerde evenredigheid tussen fysieke activiteit en multimorbiditeit bij de oudste en jongste leeftijdsgroepen. Dit betekent dus dat hoe minder fysieke activiteit werd uitgevoerd, hoe meer er mensen met morbiditeiten voorkwamen in de oudste en jongste leeftijdscategorie.
Het wordt aanbevolen patiënten met verschillende aandoeningen fysieke activiteit aan te raden. Dit heeft een voordeel t.o.v. enkel een ziekte specifieke medicamenteuze behandeling.(6)

In het tijdschrift huisarts en nu is er in 2011 een artikel gepubliceerd i.v.m. adviezen fysieke activiteit, niet enkel bij gezonde mensen, maar ook voor ouderen en mensen met chronische aandoeningen. Er is voornamelijk toegespitst op cardiaal lijden en COPD.
Na een myocardinfarct bijvoorbeeld wordt dagelijkse aerobe activiteit aangeraden, twintig minuten per dag is het minimum. Patiënten met hartfalen met een behoorlijke functionele capaciteit zijn gebaat met drie tot vijf sessies per week. Het is aan de huisarts om deze capaciteit voor zijn patiënt in te schatten. (8)

Voor alle patiënten met een cardiovasculaire pathologie kan het nodig zijn om te starten met kortere periodes en aan een lagere intensiteit. Patiënten met hartfalen met een behoorlijke functionele capaciteit zijn gebaat met sessies aerobe activiteit van 20 tot 30 minuten, drie- tot vijfmaal per week. Bij patiënten met een minder goede functionele capaciteit worden kortere sessies van 5-10 minuten geadviseerd, meerdere keren per dag. Ook hier zal de huisarts deze capaciteit individueel inschatten. Na een hartinfarct wordt er bij voorkeur gestart met een cardiaal revalidatieprogramma dat begeleid en ondersteund wordt door een cardiologische dienst. Dit revalidatieprogramma bestaat in eerste instantie uit aerobe inspanningen, daarna aangevuld met krachttraining.
Patiënten die de sportieve activiteiten van voor hun infarct willen hervatten, worden het best doorverwezen naar een dienst met ervaring in sportcardiologie of cardiale revalidatie. Na de periode van revalidatie (12 weken) is een nieuwe risico- stratificatie een cruciaal punt in het verder voorschrijven van fysieke activiteit aan patiënten die een hartinfarct doormaakten. Afhankelijk van het risico op nieuwe coronaire problemen, kunnen verschillende adviezen gegeven worden, gaande van enkel recreatief sporten tot het hernemen van sport op competitief niveau (al dan niet beperkt tot bepaalde sporttypes). De cochrane collaboration publiceerde in 2009 een review over het effect

van longrevalidatie bij patiënten met een recente excerbatie van COPD. Het besluit van de auteurs is gebaseerd op kleine studies van matige methodologische kwaliteit. Zij suggereren dat longrevalidatie zeer effectief en veilig is in vergelijking met de gewone zorg voor het verminderen van het aantal hospitalisaties. (8)

2.5 De rol van de huisarts in bewegingspromotie

De huisarts speelt als eerstelijns zorgverlener een belangrijke rol in gezondheidspreventie en gezondheidspromotie. Met de nodige alertheid kan er soms vroeg ingepikt worden op bepaalde risico's in levensstijl. Fysieke activiteit aanraden bij mensen die er baat bij zouden hebben kan hier zeker een plaats hebben. Dit zowel preventief bekeken, maar ook als onderdeel van de therapie bij verschillende aandoeningen. De huisarts heeft dus een uiterst belangrijke functie om de patiënt te begeleiden naar een gezonde levensstijl met de nodige beweging. Een grondige anamnese en kort klinisch onderzoek leveren voldoende informatie om veilig de fysieke activiteit aan te vangen en eventueel op te drijven. Fysieke activiteit is meer dan het stimuleren van de aerobe uithouding. Ook spierkracht, lenigheid en coördinatie zijn hiervan belangrijke componenten. (7,8)

In de opleiding huisartsgeneeskunde wordt er voldoende aandacht besteed aan preventieve geneeskunde, waardoor de huisarts hier vermoedelijk zelf ook veel belang aan hecht.
Vaak is er bovendien bij verschillende patiënten een vertrouwensrelatie opgebouwd wanneer ze al enige tijd door de arts worden behandeld. Advies gaan ze hierdoor soms beter accepteren en uitvoeren dan wanneer ze dit bijvoorbeeld enkel zouden lezen op een foldertje. Misschien zal er zelfs bij enkelen een onbewuste druk zijn om te tonen aan de arts dat ze goed bezig zijn.

Het is gebleken dat de combinatie van verbaal en geschreven advies naar fysieke activiteit een effect heeft op de graad van fysieke activiteit bij voordien sedentaire mensen. Een kleine interventie van de arts kan dus al effect hebben. De arts moet wel voldoende gemotiveerd zijn.

In een andere studie werd er onderzocht wat het effect van een voorschrift voor beweging had op de fysieke activiteit bij de deelnemende populatie. Hieruit bleek dat 1 op 10 personen die fysieke activiteit kregen voorgeschreven de aanbevolen 150 minuten beweging per week bereikte na 12 maanden.

Andere bronnen stellen dan echter weer dat het geven van beknopt advies, zonder begeleiding en opvolging, ineffectief blijkt te zijn. (9,10,11,12,13,14,15,16)

2.6 Aanbevelingen voor fysieke activiteit bij klachten en aandoeningen

Om deze masterproef te kaderen heb ik me gebaseerd op het boek Fyss uit Zweden. Vertaald naar het nederlands betekent dit: Fysieke activiteit in de behandeling en preventie van ziekten. Het is een boek gemaakt door de Professional Associations for Physical Activity in samenwerking met de Swedish National Institute of Public Health (SNIPH).
Het handboek is voornamelijk gemaakt om in de praktijk gebruikt te worden door gezondheidsmedewerkers.
In zweden wordt dit boek als leidraad gebruikt om fysieke activiteit voor te schrijven aan patiënten. Het boek kan ook handig zijn voor andere doeleinden, bv. Om fysieke activiteit aan te moedigen op scholen, etc.

Het eerste deel van het boek geeft een algemeen overzicht naar het belang van fysieke activiteit op het algemeen functioneren.
In deze masterproef heb ik me voornamelijk toegespitst op het 2e deel, waarbij er gefocused wordt op aandoeningen individueel bekeken. Hierbij worden er specifiek aanbevelingen gegeven voor fysieke activiteit afhankelijk van welke aandoening er gaande is.
Het leek me interessant enkele topics uit te kiezen als voorbeeld.

2.6.1 Verschillende klachten en aandoeningen belicht (17)

Legende
APM: Age predicted maximal haertrate. De maximale hartslag voorspeld afhankeijk van de leeftijd. (220 – leeftijd)

RM: Repetition maximum. Het maximale gewicht dat je in een specifieke oefening kan tillen met 1 herhaling

HR: Hartritme of hartfrequentie

a) Menopauze

Fysieke activiteit in de menopauze reduceert symptomen als hot flushes en overmatig zweten. Studies hebben aangetoond dat vrouwen die geregeld fysieke activiteit uitoefenen minder last hebben v symptomen dan bij diegenen die geen fysieke activiteit doen (21,22). In een andere studie werden vrouwen gevolgd die inactief waren en regelmatig fysieke activiteit moesten uitvoeren. Hierbij werd gezien dat de symptomen ook verminderden (23).

Sport zorgt voor productie van bèta-endorfines, wat mee bijdraagt tot stabilisatie van de thermostaat in de hersenen.
Algemeen gesteld zien we dat fysieke activiteit in de menopauze bijdraagt tot een betere levenskwaliteit. (18,19)

Indicatie

Fysieke activiteit in de menopauze kan zowel als primaire en secundaire preventie belangrijk zijn. Het kan problemen voorkomen en ook dienen als behandeling om de symptomen te reduceren.

Aanbevelingen

Er moeten zowel conditionele elementen als krachtelementen in het voorschrift aangeraden worden. In principe kunnen vrouwen in de menopauze algemene richtlijnen volgen:

- Minstens 30 minuten van moderate fysieke activiteit per dag (kunnen praten, maar niet zingen). Dit kan ook opgedeeld worden in 3 maal 10 minuten dagdagelijks.
- Om krachttraining te doen wordt aangeraden om 2 tot 3 keer per week 3 series van 8 tot 12 herhalingen te doen bij de meest belangrijke spiergroepen (buik, rug, dij, arm)
- Lenigheidstraining wordt aangeraden om 2 tot 3 keer per week 2 tot 4 herhalingen van 15 seconden aan te houden bij elke extensie.

Enkele voorbeelden: dansen, aerobics, nordic walking, fietsen, joggen. Zwemmen is ook goed, maar heeft geen effect op osteoporose. (20)

Effecten

- Effecten op symptomen als hot flushes kunnen geëvalueerd worden na 3 maand.
- Effect op botdensiteit kan geëvalueerd worden na een jaar.
- Effect op gewicht, lipiden en conditie kan na 6 maand worden geëvalueerd.

b) Alcoholafhankelijkheid

Georganiseerde fysieke activiteit en training hebben bewezen positief effect op zowel de acute ontwenningsfase als bij de behandeling van chronische problemen die bij alcoholafhankelijkheid gepaard gaan zoals craving, angstproblematiek en depressie.

- Ontwenningsfase:

Een Engelse cross-over interventiestudie gaf aan dat korte bewegingssessies van 10 minuten reeds een effect hebben in de ontwenningsfase. Zo heeft de patiënt minder last van zweten, tremor, is er minder angst en slaapt de patiënt beter.

- Chronische effecten:

Regelmatige fysieke activiteit heeft een positief effect op gemoedstoestand en angstproblemen. Een studie waarbij er voornamelijk werd gekeken naar lopen, springen en balsporten toonde een verbetering in kracht en minder neurologische symptomen. Ook werd er minder stress waargenomen.

Er zijn te weinig studies om een verband aan te tonen tussen fysieke activiteit en de ontwikkeling van alcoholisme.
We kunnen enkel een besluit stellen in secundaire preventie. (21,22)

Aanbevelingen

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar ontwenningstherapie en chronische therapie.

	Type training	**Intensiteit**	**Frequentie (aantal keer/week)**	**Duur (min./sessie)**
Ontwenningstherapie	Lage intensiteit aerobic fitness training	40–60% van de APM	4	15
	Krachttraining	40–70% of van 1 RM	3	20
Chronische therapie	Hoge intensiteit aerobic fitness training	50–75% van de APM	3	30
	Krachttraining	50–70% van 1 RM	2	30
	Balsporten	50–85% van de APM	2	40

Contra-indicaties

Absolute contra-indicaties zijn: Ernstige cardiale insufficiëntie, hartritmestoornissen, hoge bloeddruk, onstabiele angor, recent hartinfarct en ernstige neuropathie.

Relatieve contra-indicaties zijn: Ernstige diabetes, cardiomyopathie, metabole stoornissen zoals acute hepatitis of acute pancreatitis. (23)

c) Astma

Fysieke activiteit wordt aangeraden aan elke astmatische patiënt. Vaak is er een reductie van fysieke activiteit bij volwassen en kinderen uit angst voor symptomen. Regelmatige lichaamsbeweging zorgt er echter voor dat er een daling van periodes van kortademigheid is en een verbetering van fysieke capaciteit. (24,25)

- Acute effecten:

Aerobe training verbetert de cardiovasculaire capaciteit; de maximale zuurstofopname en de maximale ventilatie output per minuut stijgt. Er zijn minder zieke dagen en minder spoedopnames. De levenskwaliteit verbetert bij regelmatige fysieke activiteit.

- Langetermijn effecten:

Er wordt gezien bij astmapatiënten die lange tijd op regelmatige basis aan lichaamsbeweging doen dat er vaak een vermindering kan zijn in hoeveelheid inhalatiecorticosteroïden. Ook is er zoals bij de acute effecten een daling van aantal zieke dagen en zijn er minder ziekenhuisopnames. (25,27)

Fysieke activiteit mag enkel uitgevoerd worden onder optimale condities, wanneer er geen obstructie aanwezig is. Er moet voorzichtigheid geboden worden bij inspanning geïnduceerde astma. Hierbij dient er therapie te worden voorzien bij inspanning. En zijn er enkele sporten, bv. Duiken, die niet mogen worden uitgevoerd.

Aanbevelingen

Mensen met matige klachten krijgen dezelfde aanbevelingen als algemeen gezonde patiënten. Er wordt een combinatie aanbevolen van aerobe training, krachttraining en lenigheidstraining.
Mensen met ernstige obstructie wordt aanbevolen om voornamelijk op kracht en flexibiliteit te trainen, met lichte aerobe training. (24,25,26,27)

Type training	Intensiteit	Frequentie (/week)	Duur

Aeroob	Lage intensiteit >55% v Max HR Hoge intensiteit >70% v Max HR	5 of meer 3 of meer	30 min of meer 20 min of meer
Kracht	70% van 1 RM	2 of meer	8-12 herhalingen 2-3 reeksen

De flexibiliteitstraining kan bij elke training worden gecombineerd.

d) Chronische lage rugpijn

Lage rugpijn is een aandoening die zeer frequent voorkomt in de algemene bevolking, met een variatie van lichte discomfort naar ernstige pijn met vermindering van levenskwaliteit.

Aanbevelingen

Meestal geeft de arts al advies ongeacht of het over acute of chronische problemen gaat om zo fysiek actief te zijn als mogelijk. Indien de klachten ontstaan door aspecifieke rugpijn zijn er geen contra-indicaties en kan de patiënt sporten in de mate wat mogelijk is. Hier kan een opbouwende normalisatie van de fysieke activiteit nagestreefd worden. Indien er toch specifieke problemen zijn zoals spinaalstenose of symptoom geïnduceerde hernia, moeten de activiteiten aangepast worden aan de aanwezigheid van de symptomen. Bv. Fietsen kan een goed alternatief zijn i.p.v. wandelen bij spinaalstenose. (28)

Contra-indicaties

Absoluut: Tumoren en metastasen, fracturen
Relatief: Spinaalstenose, discushernia of spondylolisthese

e) Tumoraal proces

Studies hebben aangetoond dat fysieke activiteit soms preventief kan werken voor bepaalde vormen van kanker, maar ook een plaats heeft in zowel behandeling als revalidatie. Bovendien is er ook een verbetering in de levenskwaliteit bij patiënten die geregeld lichamelijke activiteit uitvoeren.

Dit komt doordat fysieke activiteit bijwerkingen van inactiviteit en de ziekte zelf reduceert zoals minder fitheid, daling van kracht en mobiliteit en gewichtstoename.
Er zijn verschillende studies geweest naar de relatie met fysieke activiteit en overleving, maar het is te vroeg om te concluderen dat fysieke activiteit bijdraagt tot een langere overleving. (29,30,31,32)

Mogelijke voordelen

- Fitheid bevorderend
- Preventief naar osteoporose
- Minder risico op hartaandoeningen
- Daling vermoeidheid
- Beter mogelijk gewicht te behouden
- Minder misselijkheid
- Betere levenskwaliteit
- Betere eigenwaarde
- Moedigt een gezond en gevarieerd dieet aan (29)

Aanbevelingen

In het geval dat de patiënt geen pijn heeft wordt er 30-60 min beweging aangeraden per dag.

Type activiteit	Intensiteit	Frequentie	Duur
Activiteiten die grote spiergroepen betrekken zoals wandelen, fietsen en skiën	Gemiddeld tot hoge intensiteit	Dagelijks	15-60 minuten

Er zijn verschillende soorten tumorale processen met verschillende soorten chemotherapie en radiotherapie die elk andere pijnen kunnen teweegbrengen.
Intensieve therapie kan zo vermoeiend zijn dat fysieke activiteit onmogelijk kan zijn. Als arts is het belangrijk individuele verschillen te herkennen en te kijken naar wat specifiek mogelijk is bij elke patiënt. Overleg met behandelend oncoloog kan interessant zijn om meer ziekte-inzicht te krijgen bij de individuele patiënt. (29,30)

f) COPD

Lichaamsbeweging heeft zowel op psychologisch als fysiologisch vlak positieve effecten bij COPD patiënten. De meesten zullen door de gestegen beweging ook actiever worden in het dagelijkse leven. De eigenwaarde stijgt, er is een daling van de morbiditeit en algemeen kan men stellen dat de levenskwaliteit verbetert. (32)

Bij aerobe training zal de maximale zuurstofopname stijgen, terwijl hartritme, dyspneu, lactaat waarden en de hyperinflatie van de longen zal dalen.
Bij krachttraining stijgt de spierkracht en de krachtuithouding. (33,34)

In principe wordt er aanbevolen dat iedere COPD patiënt moet aangemoedigd worden om aan lichaamsbeweging te doen, in elke fase van de aandoening. Dit kan eventueel in gespecialiseerde revalidatiecentra gebeuren om een optimale opvolging te hebben van de patiënt. (32, 34)

Aanbevelingen

Type training	Intensiteit	Frequentie (aantal keer/week)	Duur
Aerobe fitness training	Lage intensiteit	2–5	≥ 30 min.
	Hoge intensiteit: > 70% of max HR	2–3	≥ 30 min.
Dynamische krachttraining	70% of 1 RM	2	8–12 herhalingen, 2–3 sets

Er wordt gestreefd naar een combinatie van aerobe training, krachttraining en flexibiliteitstraining, steeds vooraf gegaan door een opwarming en afkoelingsperiode.
In het begin is het best te starten aan een lage intensiteit, om dan eventueel op te bouwen, afhankelijk van de ernst van de COPD. (32,33,34,35,36)

g) Dementie

Met de vergrijzing van de bevolking is dementie een veelvoorkomende aandoening in de geriatrie. Verschillende studies hebben aangetoond dat regelmatige fysieke activiteit een voorkomend effect heeft op het ontstaan van dementie. Mensen die dus af en toe fysieke activiteit uitvoeren hebben minder kans om op latere leeftijd een dementieel proces te ontwikkelen. De intensiteit van de sport is niet zozeer belangrijk.

De idee hierachter is dat wanneer men sport uitoefent er vaak ook sociale of mentale hersenprocessen actief zijn waardoor er een stimulatie is van het denkproces.

Dementerende patiënten hebben bovendien een groter valrisico door de verminderde motore en mentale capaciteiten. Bij de algemene geriatrie is het bewezen dat fysieke activiteit die zich toespitst op lichamelijke kracht en evenwicht hier een preventief effect bij heeft, dit is niet zo bij de dementerende bevolking. Fysieke activiteit heeft wel een beschermend effect naar osteoporose toe, wat da het fractuurrisico bij val vermindert.

Aanbevelingen

Studies hebben niet kunnen aantonen welke hoeveelheid beweging nu een preventief effect heeft op de ontwikkeling van dementie. Wel kan men stellen dat de herhaling belangrijker is dan de intensiteit van de beweging. (37,38)

h) Depressie

Beweging heeft een positief effect op zowel preventie van depressieve episodes als op de therapie met acute en langetermijneffecten van mensen met een depressie.
Indien men tijdens de therapie ook fysieke activiteit aanraadt ziet men dat er een groter gezondheid bevorderend effect is dan enkel met medicatie en psychotherapie.
Bovendien ziet men een reductie naar herval.
Fysiek actief zijn brengt gedragsveranderingen met zich mee. Bij mensen met een depressie zien we vaak mensen die passief zijn, geïsoleerd of eerder terugtrekkend. Het is bewezen dat zowel cognitieve gedragstherapie in combinatie met medicatie het beste effect heeft naar behandeling toe. Gedragstherapie werkt in op de emoties van de patiënten. Fysieke activiteit kan hetzelfde effect hebben. Patiënten krijgen een grotere eigenwaarde, een betere zelfcontrole, coping met de aandoening, etc. (39)

Een andere hypothese is dat er bij sporten endorfinen worden geproduceerd in het lichaam, wat een positief effect heeft op het gemoed van de mensen. Hiervoor zijn echter nog meer studies nodig om het effect te onderzoeken van endorfinen in de hersenen bij patiënten. (40)

Aanbevelingen

Soort training	Intensiteit	Frequentie (aantal keer/week)	Duur (min.)
Aerobe training minimum van 9 weken	Middelmatig tot hoog	2–3	30–45

Krachttraining minimum 9 weken	8–10 oefeningen 1–3 sets of 8–12 herhalingen	2–3	30–60

Contra-indicaties

Patiënten met ondergewicht en eetstoornissen.

i) Diabetes mellitus type 2

Het is geen geheim meer dat regelmatig bewegen wordt aangeraden bij patiënten met diabetes type 2. Dit draagt immers bij tot een verminderde insulineresistentie en verbetering van andere cardiovasculaire risicofactoren zoals lipidenprofiel en lagere bloeddruk.
Regelmatige fysieke activiteit heeft een preventief effect op het ontstaan van DM type 2. Bovendien heeft men zelf een omgekeerde relatie gezien tussen de hoeveelheid fysieke activiteit en het risico op DM type 2 te ontwikkelen.
Een studie waarbij DM type 2 patiënten zonder insuline therapie willekeurig werden ingedeeld in uithoudingstraining, krachttraining, combinatie of geen training zag men dat er in alle trainingsgroepen een daling was van de HBa1c, de patiënten uit de combinatiegroep scoorden het best. (41)

Aanbevelingen

Een minimum van 30 minuten per dag van middelmatige intensiteit is aangeraden zoals stevig wandelen, fietsen of een gelijkaardige activiteit aangepast aan de algemene conditie. Bijkomende gezondheid bevorderende eigenschappen kunnen bekomen worden door een combinatie met wat meer intensieve activiteit 2-3 keer per week, bv. Tennis, zwemmen, fitnessen, etc. (42,43)

Soort training	Voorbeelden	Frequentie	Intensiteit	Duur
Basis activiteit	Wandelen, tuinieren, trappen lopen. Bovendien is het aanbevolen meer recht te staan en meer te wandelen n het dagelijkse leven	Dagelijks	Praten moet nog mogelijk zijn, 30–50% van de maximale zuurstofopname 12–13 punten op de Borg schaal	> 30 min.

Aerobe fitness training	Fietsen, zwemmen, joggen, nordic walking, skieën, balsporten, aerobics, roeien, kajakken	3–5 keer/week	Tot op het punt dat je niet meer kan praten. Gradueel intensitaite opbouwen tot 40–70%van maximale zuurstofopname; 1 3–16 punten op de Borg schaal.	20–60 min.
Kracht training	Bewegingen met weerstandstraining. Bv. Met gewichtjes	2–3 dagen/week	Tot het punt van uitputting van elke afzonderlijke spier	8–10 oefeningen, met 8–12 herhalingen van elke oefening

De Borg schaal:

De Borg schaal (of in het Engels de RPE scale: Ratings of Perceived Exertion) is een schaal die een subjectieve weergave geeft van de belasting die de persoon tijdens de fysieke activiteit ervaart. Het is een hulpmiddel om de mate van inspanning, belasting en de vermoeidheid van de sporter in te schatten op een schaal van 6 tot 20. De proefpersoon duidt tijdens de inspanning of op het einde van de inspanning, de graad van vermoeidheid aan.
Behalve een reeks getallen bevat de schaal bij de oneven nummers een korte omschrijving van de fysieke intensiteit. Het zijn de 'verbale ankers' die de score koppelen aan de waarneming.

Het gebruik van deze schaal maakt het mogelijk om de intensiteit van de type training in te schatten. (17)

BORG-schaal	
6	
7	Zeer zeer licht
8	
9	Zeer licht
10	
11	Tamelijk licht
12	
13	Redelijk zwaar
14	
15	Zwaar
16	
17	Zeer zwaar
18	
19	Zeer zeer zwaar
20	

Afbeelding 5 Borgschaal

Contra-indicaties

Relatieve contra-indicaties zijn: Op te passen bij combinatie met hartfalen, polyneuropathie en oogproblemen

j) Hypertensie

Hypertensie is een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen. Obesitas, fysieke inactiviteit en een hoge zoutinname dragen bij tot een verhoogde bloeddruk. Logischerwijs is het dus belangrijk om te bewegen om zo hypertensie te voorkomen.

Tijdens het sporten zien we een stijging van de bloeddruk, bij uithoudingssporten voornamelijk de systolische bloeddruk, bij krachttraining zowel de systolische als diastolische bloeddruk. Eenmalig sport beoefenen zorgt na de sport voor een post-training hypotensie. Regelmatig sporten kan dus op die manier de bloeddruk ook in het algemeen doen dalen.

Aanbevelingen

Bij milde hypertensie (<160/90 mmHg) wordt fysieke activiteit in combinatie met andere levensstijl factoren aangeraden als primaire behandeling.
Dynamische uithoudingstraining wordt aanbevolen in zowel primaire als secundaire preventie van hypertensie. Hieronder verstaan we sporten zoals zwemmen, aeroob fitnessen, wandelen, fietsen. Een hoeveelheid van minstens 30 minuten per dag, 5 keer per week zijn aanbevolen. Dit vermindert de systolische druk met ongeveer 7 mmHg en de diastolische bloeddruk met 5 mmHg. Het maximum effect wordt pas na 6 maanden bereikt, volhouden is dus de boodschap.
Krachttraining kan supplementair worden toegepast, maar aan een lage weerstand (40-50% van de maximale capaciteit) met veel herhalingen. Gewichtheffen bijvoorbeeld wordt afgeraden. (44,45,46)

Type training	**Voorschrift**
Aerobe fitness training	5–7 dagen/ week, minimum 30 minuten per training
Kracht training	Veel herhalingen aan lage weerstnad

Contra-indicaties

Ongecontrolleerde hypertensie (> 180/105 mmHg) tot een adequate daling in bloeddruk is bekomen met medicatie. (17)

k) Obesitas

Overgewicht ontstaat door het langdurig aanwezig zijn van een positieve energiebalans, waarbij men meer energie opneemt dan men dagelijks mag opnemen om een gewichtsstagnatie te hebben. Om overgewicht terug te verliezen moeten men of minder energie opnemen via voeding, of meer energie verbruiken via fysieke activiteit. Belangrijk hierbij is dat zelfs kleine veranderingen zoals dagelijkse activiteiten (de trap nemen, wandelen, rechtstaan) i.p.v. inactiviteit baat hebben bij langdurig effect. Beweging en sport dragen bij tot meer spiermassa. Hierdoor zal er ook in rust meer energie worden verbruikt, wat het gewichtsverlies ten goede komt. (17,48)

Indien een persoon een BMI heeft van 30 of meer wordt er gesproken van obesitas. De laatste jaren wordt er ook meer aandacht besteed aan abdominaal vet. Deze wordt bepaald door het meten van de buikomtrek. Hoe hoger de meetwaarden, hoe groter het cardiovasculair risico en kans op metabool syndroom. (48)

Tabel 1 Classificatie BMI en buikomtrek volgens WHO

Classificatie	**BMI**	**Gezondheidsrisico**
Ondergewicht	< 18.5	Laag (maar risico op andere klinische problemen)
Normale gewicht	18.5–24.99	Normaal
Overgewicht	25–29.99	Lichte stijging
Obesitas	30–34.99	Matige stijging
Ernstige obesitas	35.00–39.99	Hoge stijging
Morbide obesitas	≥ 40	Zeer hoge stijging
Geslachtspecifieke buikomtrek en risico op obestias gerelateerde metabole complicaties		
Risico op metabole complicaties	**Buikomtrek (cm)**	
	Man	Vrouw
Verhoogd risico	≥ 94	≥ 80
Ernstig verhoogd risico	≥ 102	≥ 88

Aanbevelingen

Als huisarts is het belangrijk mensen met overgewicht en obesitas te begeleiden naar een andere levensstijl. Stap voor stap naar geen gezonder gewicht streven. De dagdagelijkse activiteiten of NEAT (Non-exercise activity thermogenesis) moeten in de eerste plaats aangemoedigd worden. Dit houdt in dat er een bewustwording is van in het algemeen kleine activiteiten uit te voeren die men anders niet zou doen, bv. De trap nemen, de auto wat verder plaatsen, enkele zaken rechtstaand uitvoeren i.p.v. zittend, etc.
Het is belangrijk realistische doelen voorop te stellen zodanig dat het voor de patiënt aangenaam en haalbaar blijft. Een gewone wandeling is voor obese mensen soms al een echte marteling, we moeten dus inschatten wat mogelijk is. (47)

Contra-indicaties

Patiënten met pijnlijke gewrichten of lage rugpijn moeten aangepaste activiteiten uitvoeren. Watergymnastiek is hier bijvoorbeeld een uitstekend alternatief.

l) Osteoporose

De botdensiteit wordt beïnvloed door talrijke factoren: Genetica en geslacht, voeding, leeftijd, hormonen en fysieke activiteit. Een optimalisatie van deze factoren zal bijdragen tot productie, bescherming en behoud van een gezonde botstructuur. Genetica, geslacht en leeftijd is niet beïnvloedbaar, maar een gezonde voeding in combinatie met voldoende beweging kan voordelen bieden tot goede botvorming. (49,50,51)

Effecten

- Acute effecten

Op botdensiteit kan men geen acute effecten waarnemen van inspanning.

- Lange termijn effecten

Pas na 7 tot 12 maanden kan men de invloed op botdensiteit bekijken. Men ziet dat atleten of mensen die regelmatig fysieke activiteit uitoefenen een hogere botdensiteit hebben dan inactieve mensen. In principe is botdensiteit dus ook beïnvloedbaar naar aanmaak toe, zoals spierkracht.
Om een optimaal effect te hebben op het skelet moeten er oefeningen uitgevoerd worden met bewegingen die zorgen voor weerstand. Op jonge leeftijd zijn lopen en springen met plotse stop en draaibewegingen ideaal. Op oudere leeftijd geeft men voorbeelden als stevige wandelingen, joggen, fitness, krachttraining, etc.

Fysieke activiteit kan ook aangewend worden om het valrisico te verkleinen. Aangezien osteoporose een risicofactor is voor fracturen is dit aangewezen. Hiervoor worden oefeningen aangeraden zoals krachttraining van de benen in combinatie met coördinatie- en evenwichtsoefeningen. (52)

Aanbevelingen

The Swedish Osteoporosis Society geeft aanbevelingen van een stevige 30 minuten durende wandeling 5 keer per week als algemene activiteit om ostoporose te voorkomen.

Als we kijken naar fysieke activiteit in secundaire preventie, dus bij patiënten waar men reeds van osteopenie of osteoporose kan spreken is er niet zoveel literatuur. Een studie bij vrouwen met osteopenie toonde aan dat 60 minuten gewichtdragende oefeningen, uitgevoerd 3 keer per week gedurende 12 maanden de botdensiteit stabiliseerde in de lumbale wervelzuil, maar geen effect had op de heupen. Wel heeft men gezien dat evenwichtsoefeningen en krachttraining bijdraagt tot betere functionaliteit in het dagelijkse leven en een betere levenskwaliteit met minder pijn. De beweging is dus niet zozeer van belang om de botdensiteit te verstevigen, maar ook om het valrisico te verminderen wat uiteraard het fractuurrisico mee verlaagt. (17)

Contra-indicaties

Acute pijn en algemene deterioratie

j) Reumatoïde artritis

Het is bewezen dat middelmatige activiteit de kracht en conditie bij patiënten met reumatoïde atritis zal verbeteren, zonder toename van pijn of gewrichtsdestructie. In principe is de aanbevolen hoeveelheid lichaamsbeweging bij mensen met RA vergelijkbaar met mensen zonder RA. De algemene gezondheid bevorderende richtlijnen worden hier dus toegepast. Belangrijk is wel dat de intensiteit van de activiteit gradueel wordt verhoogd, rekening houdend met de ontwikkeling van de ziekte waarbij aandacht moet blijven gegeven worden aan pijnpunten. Regelmatige lichamelijke activiteit verbetert de levenskwaliteit en spierfunctie van patiënten met RA.

Bepaalde sporten die worden aangeraden zijn fietsen, wandelen, Nordic walking, dansen, watergymnastiek, krachttraining, etc.

Effecten

- Acute effecten:

Beginnende fysieke activiteit brengt vaak pijnklachten met zich mee. Deze tijdelijke pijnklachten worden beschouwd als ongevaarlijk en gaan vaak snel voorbij. Ze worden veroorzaakt door stijfheid van gewrichten en spieren die niet gewend zijn aan inspanning.

- Lange termijn effecten:

In de eerste plaats wordt gezien dat regelmatige en fysieke activiteit van middelmatige intensiteit bijdraagt tot een betere levenskwaliteit. Ten tweede zijn er enkele studies waarbij men een positief effect bewijst van beweging op gewrichtsflexibiliteit. Daarnaast

kan uiteraard elke patiënt met RA ook zijn conditie, spierfunctie, botdensiteit, etc. verbeteren door af en toe te sporten, net zoals elke persoon.

Fysieke activiteit bij gezonde personen draagt niet bij tot preventie op het ontstaan van RA, er zijn enkel bewezen effecten op secundaire preventie.

Aanbevelingen

Alle patiënten met RA zouden aangemoedigd moeten worden om actief te blijven om hun fysiek op peil te houden en de kans op comorbiditeiten te verminderen. Men moet als zorgverlener aandachtig zijn op de manier hoe deze activiteiten kunnen ingebouwd worden in het dagelijkse leven van de patiënt.
Het is aanbevolen dat er rekening wordt gehouden met de bewegingsmogelijkheden van de gewrichten. Patiënten met een actieve ziektestatus en grote beperkingen krijgen vooral de boodschap om flexibiliteitsoefeningen te doen. Training op lage intensiteit is hierbij aangeraden.
Om te gaan naar een betere zuurstofopname en spierfunctie om de dagdagelijkse activiteiten makkelijker te kunnen uitvoeren worden middelmatige tot hoge intensiteitsoefeningen aangeraden voor ongeveer 30 minuten, 3 keer per week.

Doel	Frequentie (aantal keer/week)	Duur (min./sessie)	Intensiteit % van APM	Intensiteit volgens Borg	Deel % of 1 RM
Gezondheid bevorderend	4–7	30	50–70	10–14	–
Conditie verbeteren	3	30–60	60–80	11–15	–
Krachttraining	2–3				50–80
Uithoudingstraining	2–3				30–40

Deze tabel verschilt niet veel van de algemene gezondheidbevorderende richtlijnen.
Toch moet er meer aandacht gaan naar enkele zaken:

- Lichaamsbeweging moet op een zeer langzame manier worden opgebewoud om een verergering van de klachten te voorkomen.
- Patiënten met RA krijgen af en toe te maken met opstoten van de ziekte. Het is dus normaal dat men niet steeds opbouwend kan werken, maar indien er een opstoot optreedt dat er rekening wordt gehouden met minder capaciteiten van de patiënt.
- Er moet steeds rekening worden gehouden met pijnklachten. (53,54)

k) Chronische nierinsufficiëntie

Regelmatige lichaamsbeweging is belangrijk bij patiënten bij nierinsufficiëntie. Indien er geen aandacht wordt besteed aan fysieke activiteit ziet men een daling tot 50% van de spierkracht en –capaciteit, voornamelijk te wijten aan renale anemie. Patiënten met nierinsufficiënte hebben dezelfde mogelijkheid om aan hun conditie en kracht te werken als gezonde personen, maar ze hebben een groter risico op cardiovasculaire aandoeningen, wat nog vergroot bij fysieke inactiviteit. Enkele aan te raden sporten zijn wandelen, fietsen en krachttraining.
Algemeen kunnen mensen met chronische nierinsufficiënte o.a. lijden aan hoge bloeddruk, waterretentie en hyperkaliëmie. Een te weinig aan fysieke activiteit kan al deze zaken verergeren.

- Lange termijn effecten:

Om te beginnen draagt beweging bij tot een verbetering van de spierkracht en spieruithouding. Patiënten waar de ureum waarden nog niet gestegen zijn ondervinden meestal een verbetering binnen de 3 maand na de start van training. Patiënten die reeds gedialyseerd worden zien de effecten na 6 maand. Bovendien zorgt regelmatige activiteit voor een daling van depressieve symptomen en een verbetering van de eigenwaarde. Ten slotte is er ook een preventief effect naar cardiovasculaire risicofactoren, met betere bloeddrukwaarden en lipidenwaarden, een hogere insulinesensitiviteit en minder voorkomen van cardiale aritmie. (55,56)

Aanbevelingen

Trainingsmethode	**Voorbeelden**	**Intensiteit**	**Frequentie (aantal keer/week)**	**Duur**
Conditietraining	Wandelen, intervaltraining op fiets	70% van Max HR	3	60 min.
Krachttraining	Trainingen met gewichten	80% van 1 RM	3	1–2 sets van 8–10 herhalingen
Uithoudingstraining	Sequence training Individual training with wrist weights for resistance.	50% van1 RM	3	Maximaal waarbij er een 13–15 Borg score is

Functionele oefeningen (bv. Coördinatie)	Trappen lopen, evenwichtsoefeningen, kniebuigingen		3	Maximale duur en herhalingen in vergelijking met andere oefeningen 13–15 op de Borg score

Contra- indicaties

Absolute contra-indicaties zijn:

- Acute infectie
- Ongecontroleerde hypertensie (> 180/150mmHg)
- Instabiele angor
- Ernstige ritmestoornissen
- Ongecontrolleerde diabetes
- Hyperkaliëmie

Relatieve contra-indicaties zijn:

- Uitgesproken anemie
- Atherosclerose

3. Methodologie

Voor het algemene literatuuronderzoek ging ik om te beginnen via CEBAM literatuur opzoeken met de zoektermen “physical activity“, “physical activity promotion” “physical activity and multimorbidity”, “guidelines physical activity”, “exercise” en “general practitioner”. Vervolgens raadpleegde ik de richtlijnen van domus medica, who, nhg en ODPHP. Als tertiaire bronnen werden Sumsearch, Clinical Evidence en Cochrane geraadpleegd. Nadien ging ik literatuur opzoeken via de Pubmed database met dezelfde zoektermen. Zo kwam ik op enkele artikels die ik kon gebruiken en ook enkele interessante reviews. Er was meer literatuur te vinden rond algemene richtlijnen omtrent fysische activiteit in vergelijking met de richtlijnen rond fysieke activiteit bij patiënten met multimorbiditeit. Van de recente artikels die mij het meest relevant leken las ik het abstract, waarna bij mogelijke bruikbare artikels ik het volledige artikel las. Ik bekeek ook de referentielijst van relevante artikels om zo eventueel tot andere artikels te komen.

Via de cursus sportgeneeskunde kende ik het boek Fyss uit Zweden, dit is een Zweedse paper die opgemaakt is door de Professional Associations for Physical Activity in samenwerking met de Swedish National Institute of Public Health (SNIPH). De richtlijnen uit deze paper vergeleek ik dan met zelf gevonden literatuur om zo tot mijn resultaat te komen.

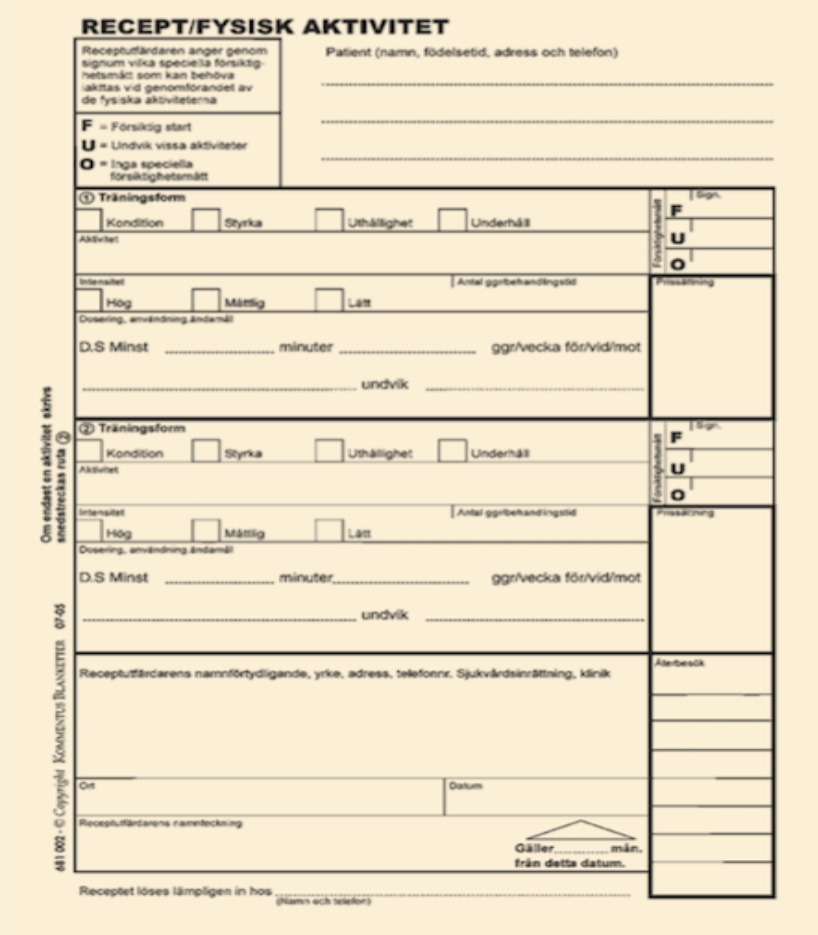
Naast het bekomen resultaat uit het literatuuronderzoek vroeg ik me af of een specifiek bewegingsvoorschrift iets zou zijn waar kinesitherapeuten mee zouden willen werken in de toekomst. Het zou misschien bepaalde therapieën kunnen ondersteunen of mensen meer kunnen aanzetten tot volhouden indien er meerdere hulpverleners in meegaan. Om deze gedachte te kaderen heb ik een enquête opgesteld gericht naar kinesitherapeuten. Ik stuurde een mail rond naar enkele collega’s en kinesisten met informatie over mijn masterproef en het voorbeeld van een specifiek bewegingsvoorschrift, met uitleg hoe dit zou kunnen gebruikt worden. Ik vroeg deze mail zoveel mogelijk te delen met andere kinesitherapeuten. Deze mail werd gedeeld op de site van de beroepsvereniging van kinesisten. Van de enquête kreeg ik dan de antwoorden toegestuurd, deze werden uitgezet in grafieken.

4. Resultaten literatuuronderzoek: Beweging op voorschrift

4.1 Beweging op voorschrift in de praktijk

Zoals in de inleiding beschreven heeft fysieke activiteit een belangrijke impact op de gezondheid. Het heeft een rol zowel in preventie naar verschillende aandoeningen als op therapeutisch vlak. Als eerstelijns zorgverlener is het dus belangrijk om hier voldoende aandacht aan te besteden. (6)
Een belangrijke uitdaging blijft wel hoe de evidentie van het nut van fysieke activiteit om te zetten naar praktische maatregelen om het effectief uitvoerbaar te maken. Een mogelijkheid om dit uitvoerbaar te maken is met behulp van een voorschrift.
Beweging op voorschrift wordt al in verschillende landen gebruikt als hulpmiddel. (6,7)

In Zweden wordt het voorschrift FaR (Physical activity on presicription) gebruikt, cfr. infra. Het is een voorschrift dat aanzet tot bewegen, maar individueel aangepast aan de noden van de patiënt. Het houdt ook rekening met bepaalde pathologieën waar de patiënt aan lijdt. Als voorschrijver kan je gaan van een suggestie tot een uitgewerkt oefenschema. Om dit op te stellen kan je gebruik maken van de richtlijnen die per aandoening kijken wat aangeraden wordt.



RECEPT/FYSISK AKTIVITET

Receptutfärdaren anger genom signum vilka speciella försiktighetsmått som kan behöva iakttas vid genomförandet av de fysiska aktiviteterna

F = Försiktig start
U = Undvik vissa aktiviteter
O = Inga speciella försiktighetsmått

Patient (namn, födelsetid, adress och telefon)

① Träningsform
Kondition | Styrka | Uthållighet | Underhåll
Aktivitet
Intensitet | Antal ggr/behandlingstid
Hög | Måttlig | Lätt
Dosering, användning, ändamål
D.S Minst ..... minuter ..... ggr/vecka för/vid/mot
..... undvik .....

Förslaghetsmått | Sign.
F
U
O
Prissättning

② Träningsform
Kondition | Styrka | Uthållighet | Underhåll
Aktivitet
Intensitet | Antal ggr/behandlingstid
Hög | Måttlig | Lätt
Dosering, användning, ändamål
D.S Minst ..... minuter ..... ggr/vecka för/vid/mot
..... undvik .....

Förslaghetsmått | Sign.
F
U
O
Prissättning

Receptutfärdarens namnförtydligande, yrke, adress, telefonnr. Sjukvårdsinrättning, klinik

Återbesök

Ort | Datum

Receptutfärdarens namnteckning

Gäller..... mån. från detta datum.

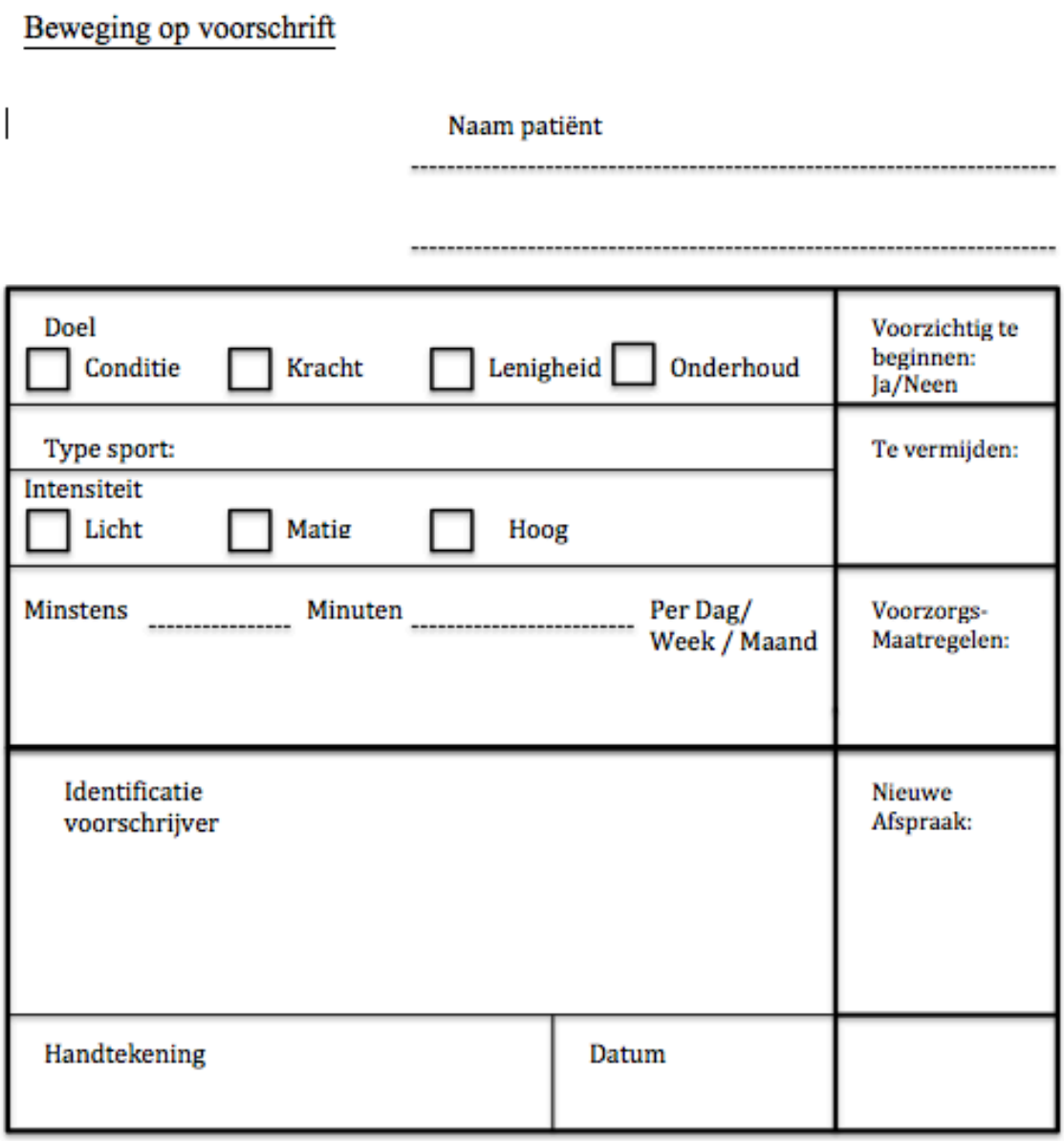
Receptet löses lämpligen in hos .....
(Namn och telefon)

Om endast en aktivitet skrivs snedstreckas ruta ③

681 002 - © Copyright Kommentus Blanketter 07-05

Afbeelding 6 Far: Fysieke activiteit op voorschrift, gebruikt in Zweden

Na het Zweeds voorschrift vertaald te hebben en het wat vereenvoudigd te hebben bekomen we het volgend resultaat:



Beweging op voorschrift

Naam patiënt

Doel ☐ Conditie ☐ Kracht ☐ Lenigheid ☐ Onderhoud	Voorzichtig te beginnen: Ja/Neen
Type sport:	Te vermijden:
Intensiteit ☐ Licht ☐ Matig ☐ Hoog	
Minstens ---------- Minuten ---------- Per Dag/ Week / Maand	Voorzorgs-Maatregelen:
Identificatie voorschrijver	Nieuwe Afspraak:
Handtekening / Datum	

Afbeelding 7 beweging op voorschrift

Het is belangrijk dat het voorschrift een individuele aanpak biedt. Om dit te kunnen garanderen moet de huidige fysieke activiteit eerst worden nagevraagd. Dit op basis van 4 termen: Welke soort activiteit, de frequentie, de duur en de intensiteit. (17)
Vervolgens kan gekeken worden wat de aanbevelingen zijn voor de specifieke aandoening.

Als we bijvoorbeeld een patiënt hebben met hypertensie zien we in de aanbevelingen van FYSS dat bij milde hypertensie (<160/90 mmHg) fysieke activiteit in combinatie met andere levensstijl factoren wordt aangeraden als primaire behandeling. Dynamische uithoudingstraining wordt aanbevolen in zowel primaire als secundaire preventie van hypertensie. Hieronder verstaan we sporten zoals zwemmen, aeroob fitnessen, wandelen, fietsen. Een hoeveelheid van minstens 30 minuten per dag, 5 keer per week zijn aanbevolen. Dit vermindert de systolische druk met ongeveer 7 mmHg en de diastolische bloeddruk met 5 mmHg. Het maximum effect wordt pas na 6 maanden bereikt, volhouden is dus de boodschap.

Krachttraining kan supplementair worden toegepast, maar aan een lage weerstand (40-50% van de maximale capaciteit) met veel herhalingen. Gewichtheffen bijvoorbeeld wordt afgeraden. Een andere contra-indicatie is ongecontroleerde hypertensie (>160/105 mmHg).
Met wat we nu weten kunnen we aan de patiënt duidelijke adviezen meegeven op het bewegingsvoorschrift.

4.2 Een generiek bewegingsvoorschrift voor patiënten met multimorbiditeit

Zoals reeds vermeld is het belangrijk dat patiënten met multimorbiditeit het advies krijgen om aan fysieke activiteit te doen. In dat opzicht zou een algemeen voorschrift voor beweging bij mensen met verschillende pathologieën wel zinvol zijn. Volgens de aanbevelingen echter is een generiek voorschrift opstellen niet mogelijk. Er zijn te veel zaken waar men bij elke aandoening mee rekening moet houden. Wel kan men naar de afzonderlijke aanbevelingen per pathologie kijken en zo eventueel een consensus opmaken indien mogelijk. Belangrijk hierbij is dat we dan rekening houden met de aandoening waarbij het minst fysieke activiteit kan uitgevoerd worden. Deze aanbeveling zal de patiënt dan moeten volgen.

Als voorbeeld nemen we een fictieve patiënt met obesitas en astma:
Voor obesitas wordt er in de aanbevelingen gesteld om de dagdagelijkse activiteiten die men sowieso moet uitvoeren te verhogen. Zo kan men bijvoorbeeld aanraden meer de trap te nemen, met de fiets naar de bakker gaan, etc. Op die manier zal er voor de persoon met obesitas al sowieso een verbetering optreden in de algemene fysieke activiteit per dag en zijn of haar algemene fitheid.
Bij een astmatische patiënt wordt er een onderscheid gemaakt in de mate van de klachten. Enerzijds krijgen mensen met matige klachten dezelfde aanbevelingen als algemeen gezonde patiënten. Er wordt een combinatie aanbevolen van aerobe training, krachttraining en lenigheidstraining.
Anderzijds krijgen mensen met ernstige obstructie de aanbevelingen om voornamelijk op kracht en flexibiliteit te trainen, met lichte aerobe training.

Type training	Intensiteit	Frequentie (/week)	Duur
Aeroob	Lage intensiteit >55% v Max HR	5 of meer	30 min of meer
	Hoge intensiteit >70% v Max HR	3 of meer	20 min of meer
Kracht	70% van 1 RM	2 of meer	8-12 herhalingen 2-3 reeksen

Afbeelding 8 Aanbevelingen bij astmatische personen (cfr supra)

Indien we beide klachten combineren moeten we steeds rekening houden met de aandoening waarbij het minst fysieke activiteit kan uitgevoerd worden. In dit geval is de belemmerende factor obesitas en wordt er enkel aanbevolen de dagdagelijkse activiteiten te verhogen. Na een tijdje zou men dan eventueel een lage intensiteit van aerobe activiteiten kunnen aanbevelen, eventueel in combinatie met een lichte krachttraining.

Om nog een voorbeeld uit te werken kunnen we bijvoorbeeld een fictieve patiënt kiezen met diabetes mellitus type 2 en chronische lage rugpijn. Bij diabetes mellitus type 2 zijn een minimum van 30 minuten per dag van middelmatige intensiteit iaangeraden zoals stevig wandelen, fietsen of een gelijkaardige activiteit aangepast aan de algemene conditie. Bijkomende gezondheid bevorderende eigenschappen kunnen bekomen worden door een combinatie met wat meer intensieve activiteit 2-3 keer per week, bv. Tennis, zwemmen, fitnessen, etc (cfr. supra). In de richtlijnen wordt aangeraden aan een patiënt met chronische lage rugpijn om zo fysiek actief te zijn als mogelijk. Indien de klachten ontstaan door aspecifieke rugpijn zijn er geen contra-indicaties en kan de patiënt sporten in de mate wat mogelijk is. Hier kan een opbouwende normalisatie van de fysieke activiteit nagestreefd worden. (cfr. supra)
Indien we dan beide richtlijnen combineren en kijken naar de meest beperkende factor, kunnen we de patiënt aanraden om elke dag 30 minuten een activiteit uit te voeren van middelmatige activiteit, zoals wandelen, fietsen, etc.

5. Vinden kinesitherapeuten een specifiek bewegingsvoorschrift iets om in de toekomst ook mee te werken in samenwerking met de huisarts?

5.1 Enquête

Ik vroeg me af of een specifiek bewegingsvoorschrift iets is om enkel in de huisartsenpraktijk te gebruiken of juist om met andere hulpverleners in samenwerking te gebruiken. Op dit moment wordt er vaak vanuit de praktijk naar kinesisten doorverwezen, eerder om een therapie te geven voor een bepaald probleem. Een bewegingsvoorschrift met specifieke aanbevelingen naargelang de pathologieën van de patiënt zou misschien een hulpmiddel kunnen zijn om preventief te gebruiken. Eventueel zouden huisartsen en kinesitherapeuten hieromtrent kunnen samenwerken.

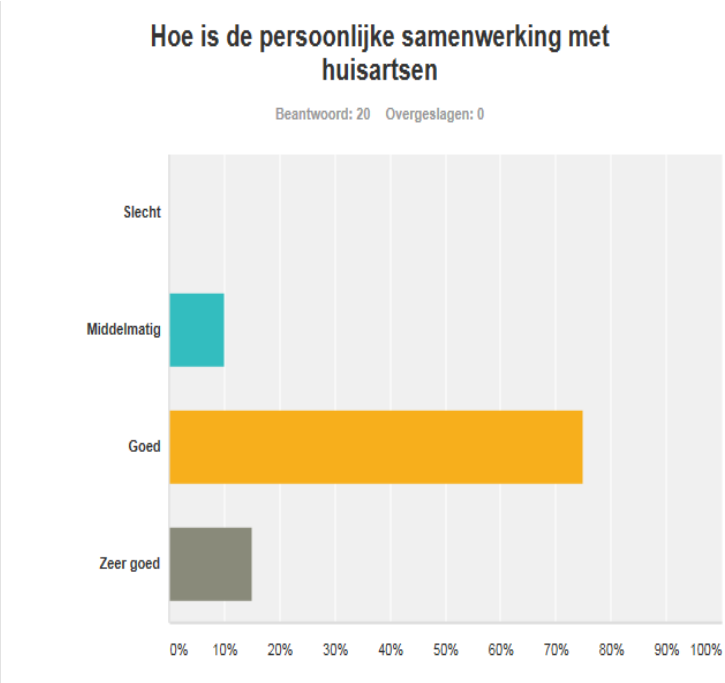
Om deze stelling te kaderen heb ik een enquête opgesteld gericht naar kinesitherapeuten. Ik stuurde een mail rond naar enkele collega's en kinesisten met informatie over mijn masterproef en het voorbeeld van een specifiek bewegingsvoorschrift, met uitleg hoe dit zou kunnen gebruikt worden. Ik vroeg deze mail zoveel mogelijk te delen met andere kinesitherapeuten. Deze mail werd gedeeld op de site van de beroepsvereniging van kinesisten.

Ik stelde volgende vragen

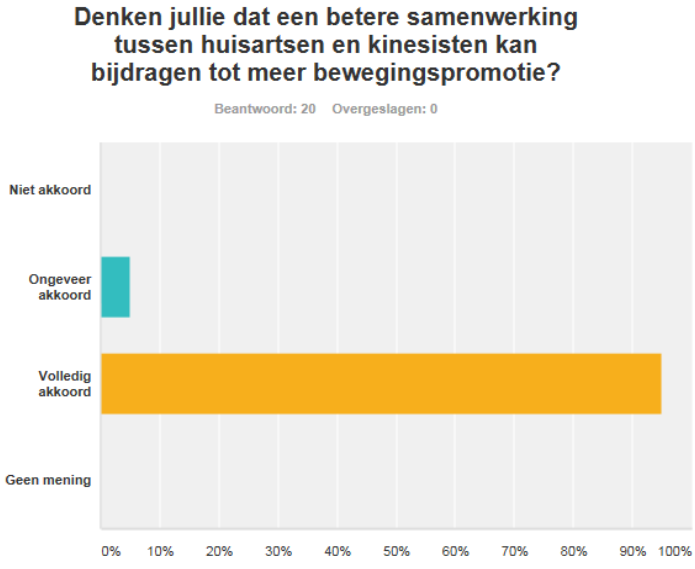
1. wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw geslacht?
3. Hoe is de samenwerking met huisartsen?
4. Denkt u dat een betere samenwerking tussen huisartsen en kinesisten kan bijdragen tot meer bewegingspromotie?
5. Vindt u dat er meer fysieke activiteit moet worden aangeraden bij mensen met bepaalde aandoeningen?
6. Is er in uw patiëntenpopulatie meer nood aan specifieke aanbevelingen naar fysieke activiteit toe bij mensen met bepaalde aandoeningen?
7. Bent u tevreden met het huidig voorschrift dat door de huisarts wordt meegegeven aan kinesisten?
8. Denkt u dat een specifiek bewegingsvoorschrift meer mensen kan aansporen tot dagdagelijkse activiteit?
9. Is een specifiek bewegingsvoorschrift iets waar u in de toekomst mee zou willen werken?

5.2 Resultaten

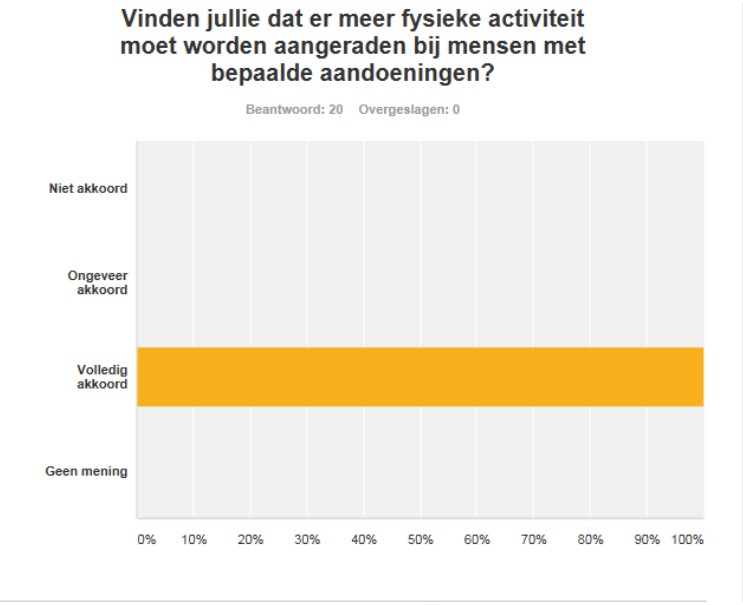
Er hebben 20 kinesitherapeuten de enquête ingevuld. Deze variëren in leeftijd van 26 tot 59 jaar, waarvan 75 procent vrouwen.



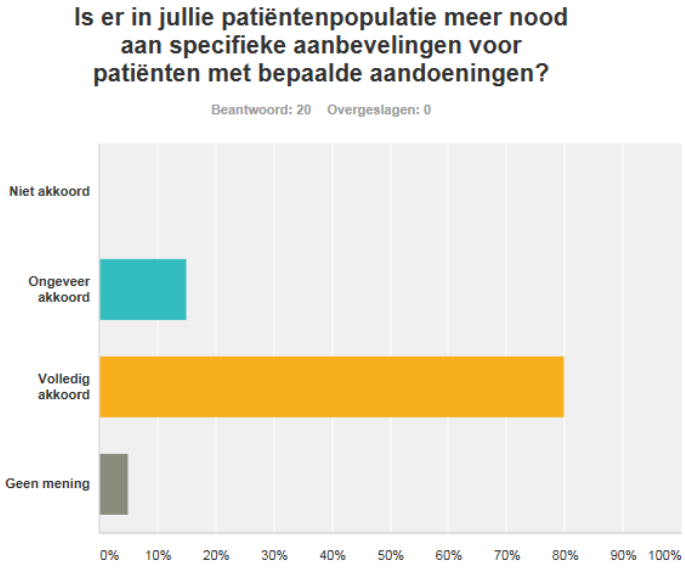
De meeste kinesitherapeuten zijn tevreden over de samenwerking met huisartsen, 75% antwoordt dat ze deze “goed” vinden, 15% vindt deze zelfs zeer goed. Enkel 10% vindt de samenwerking middelmatig.



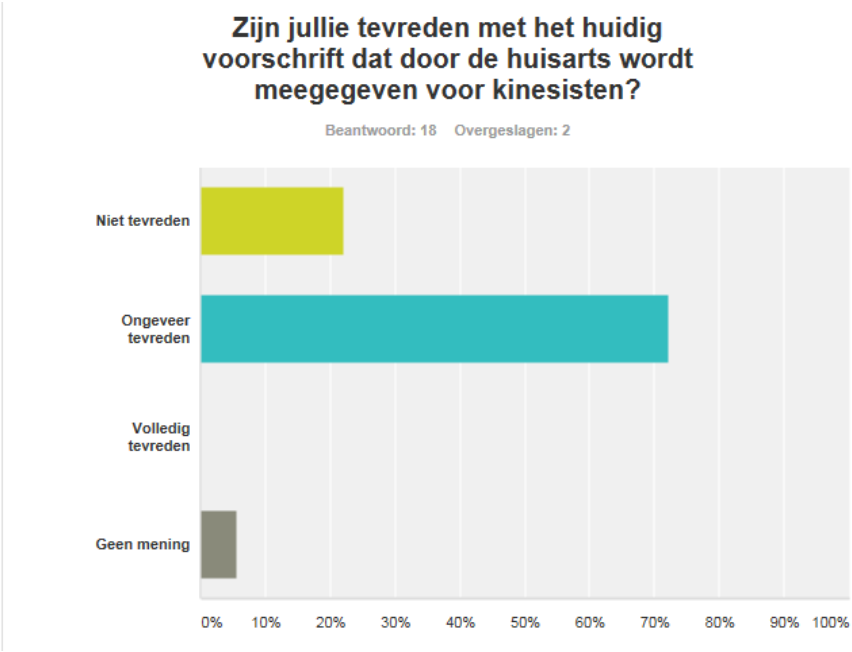
Op de vraag of een betere samenwerking tussen huisartsen en kinesisten zou kunnen bijdragen tot een betere bewegingspromotie antwoordt 95% volledig akkoord.



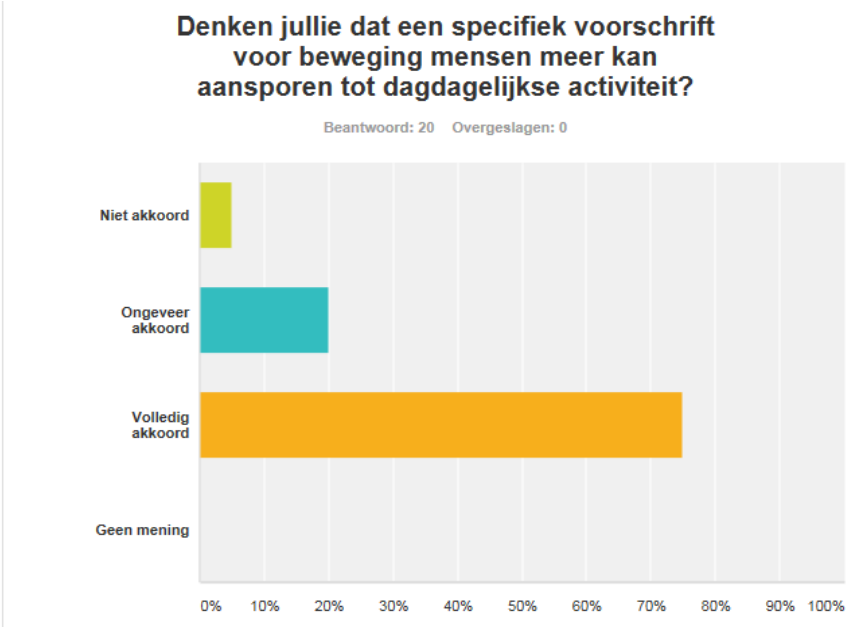
Alle kinesitherapeuten zijn het ermee eens dat er meer fysieke activiteit moet worden aangeraden bij mensen met bepaalde aandoeningen.

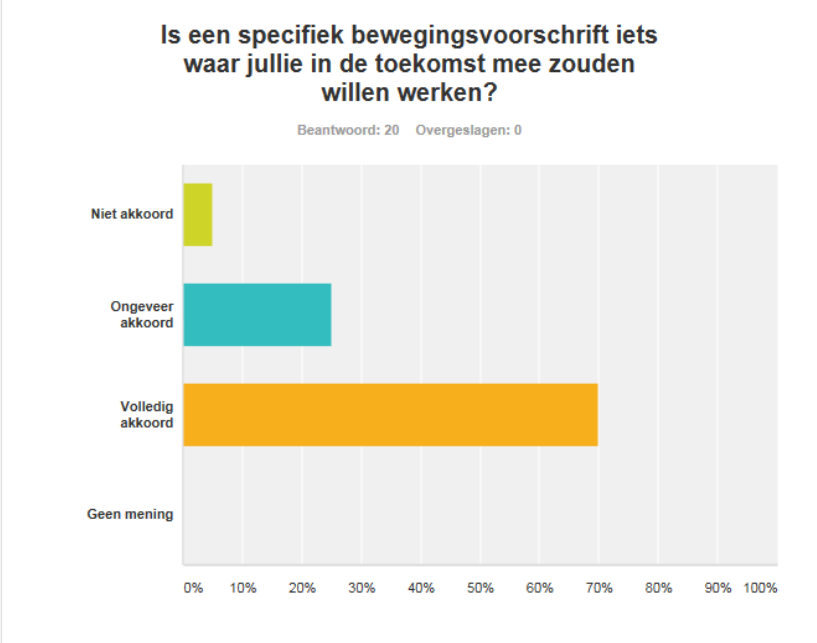


De meeste kinesitherapeuten zijn het er mee eens dat er meer specifieke aanbevelingen nodig zijn voor mensen met bepaalde aandoeningen. 80% was immers volledig akkoord en 15% ongeveer akkoord.



Opvallend is de vraag over het huidig voorschrift dat door de huisarts wordt gebruikt waarmee de patiënt naar de kinesitherapeut gaat. 72,2% is ongeveer tevreden over het voorschrift en 22,2% is niet tevreden, 5,5% heeft geen mening.





75% is er volledig mee akkoord dat een specifiek bewegingsvoorschrift mensen meer kan aansporen tot activiteiten, 20% is hier ongeveer mee akkoord en 5% is hier niet mee akkoord.
Hierbij zegt ook 70% dat ze volledig akkoord zijn er graag mee te werken in hun praktijk, en 25% is hiermee ongeveer akkoord. Slechts 5% is hiermee niet akkoord.

5.3 Discussie

In de eerste plaats kan men uit de enquête opmaken dat de meeste kinesitherapeuten het ermee eens zijn dat er meer nood is aan promotie van fysieke activiteit. Dit resultaat is niet zo onverwacht gezien het bij gezondheidswerkers en bij de bevolking in het algemeen wel geweten is dat dit goed is om een gezonde levensstijl aan te houden. Ondanks deze wetenschap blijft een tekort aan fysieke activiteit een groot probleem. Zelfs de media speelt hier tegenwoordig frequent op in. Zo stond er onlangs nog in De Standaard dat fysieke activiteit beschermt tegen overgewicht en depressie, maar dat de jeugd niet aan hun aanbevolen hoeveelheid komt. (57)

De meeste kinesisten hebben aangeduid dat ze tevreden zijn over de samenwerking met de huisartsen, toch geloven ze hierbij ook dat een nog betere samenwerking zou leiden tot meer bewegingspromotie. Dit zou misschien kunnen aanwijzen dat het grotendeel van de kinesisten wel bereid is om ook preventief een betere samenwerking na te streven om zo tot meer bewegingspromotie te komen.
Vervolgens antwoordt de meerderheid dat ze een specifiek bewegingsvoorschrift een hulpmiddel vinden om eventueel in de toekomst te gebruiken. Aangezien er over het algemeen wat ontevredenheid heerst omtrent het huidig voorschrift dat gebruikt wordt

bekijken sommigen een specifiek bewegingsvoorschrift misschien als een ondersteuning of een alternatief voor het huidig voorschrift. Dit wetende zou het misschien wel interessant zijn om later zelf in de praktijk een bewegingsvoorschrift te gebruiken en eventueel met collega's kinesitherapeuten hierrond samen te werken. Ik denk dat het voor vele patiënten een meerwaarde kan bieden om er een gezondere levensstijl op na te houden.

Er zijn wel beperkingen omtrent deze enquête. Het is op te merken dat slechts 20 kinesitherapeuten de enquête hebben ingevuld. De antwoorden liggen grotendeels in dezelfde lijn, maar dit is natuurlijk slechts een klein deel van het totaal aantal kinesisten die actief in het beroepsleven staan. Indien er meer deelnemers de enquête hadden ingevuld hadden we meer antwoordformulieren en zo de betrouwbaarheid kunnen vergroten. Een andere mogelijke opzet voor een studie zou kunnen zijn om de enquêtes met semigestructureerde of open vragen te formuleren.

Bovendien lijkt de theorie heel interessant om een voorschrift voor beweging te gebruiken in de praktijk, maar praktisch moet het natuurlijk ook mogelijk zijn. Het kan een extra motivatie bieden om mensen tot dat iets meer lichaamsbeweging aan te zetten. Toch zou het idealiter ook moeten onderzocht worden hoe de praktische aanpak kan gedaan worden in de praktijk. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan de tijdsefficiëntie bij de arts. Kan het vlot worden ingebouwd in een consult, of zal het voor sommige patiënten te veel tijd kosten om de richtlijnen op te zoeken, zeker als het over een patiënt gaat met multimoribiditeiten?
Eventueel zou ook kunnen nagegaan worden wat andere huisartsen hun opinie is om dit in de praktijk te gebruiken. Staan de meeste huisartsen hier wel open voor, of vinden sommigen het meer een rompslomp dan een handig hulpmiddel?

Ten slotte lijkt het me ook interessant om een evaluatie van patiënten te maken die het voorschrift gebruikten. Zo zou in een volgend onderzoek een groep patiënten kunnen gevolgd worden die het voorschrift hebben gebruikt en of er effectief vooruitgang wordt geboekt in bijvoorbeeld hun algemene fitheid. Eventueel zouden ze ook via interviews hun opinie kunnen geven omtrent gebruik en nut van het voorschrift.

Persoonlijk vind ik het voorschrift voor beweging iets heel interessant en praktisch om zeker bij bepaalde patiënten te gebruiken. Gezien het in Scandinavische landen reeds standaard wordt gebruikt en het geweten is dat de gezondheidszorg daar bij de top van Europa behoort denk ik dat het een goed hulpmiddel kan zijn om mensen te helpen naar een actievere levensstijl. Er zijn in België ook al wat praktijken die een voorschrift voor beweging gebruiken, meestal gaat het hier dan om wijkgezondheidscentra die al nauw samenwerken met kinesisten.

6. Besluit

Huisartsen hebben in de maatschappij een belangrijke rol in de preventie naar een gezonde levensstijl. Bewegingspromotie moet naast andere maatregelen hierin centraal staan. Zeker in de huidige situatie waarin er ondanks zovele acties die ondernomen worden zoals preventiecampagnes op school, sportevenementen, etc. er toch zoveel tekort is aan fysieke activiteit en er zoveel overgewicht is. Zelfs in de media wordt er frequent op toegespitst dat het volledig de slechte kant uit gaat (cfr. supra).
In dat opzicht denk ik dat we elk hulpmiddel dat beschikbaar is om ons als huisarts te versterken, met beide handen moeten grijpen om het onderste uit de kan te halen. Beweging op voorschrift is in mijn ogen zo een hulpmiddel. Het is gebleken dat een generiek bewegingsvoorschrift opstellen voor patiënten met multimorbiditeit niet mogelijk is, maar dit wil niet zeggen dat we een bewegingsvoorschrift in het algemeen daarom moeten bannen uit de huisartsenpraktijk. Indien je dit als huisarts wil, kan je het immers in de praktijk gebruiken. Belangrijk is dan, indien er sprake is van een patiënt met verschillende aandoeningen, de richtlijnen na te gaan en de bewegingsadviezen mee te geven van de aandoening waarbij het minst fysieke activiteit kan uitgevoerd worden.

Eventueel kan een bewegingsvoorschrift gebruikt worden in samenwerking met kinesisten. Hierbij is meer onderzoek noodzakelijk om dit verder uit te werken.

7. Bijlage: Wat is de veilig grens om patiënten beweging op voorschrift voor te schrijven. Wanneer door te verwijzen met een specialist? (Expert opinion)

Zoals eerder vermeld in de richtlijn van domus medica en het tijdschrift huisarts en nu wordt er aangeraden bij patiënten met chronische aandoeningen of multimorbiditeit aan fysieke activiteit te doen, maar er moet een risicostratificatie gebeuren door de huisarts. Een anamnese en een kort, eenvoudig, klinisch onderzoek leveren voldoende informatie om de meeste van onze patiënten gerust te stellen dat zij veilig meer fysiek actief kunnen worden.
Voor specifieke risicosituaties is samenwerking met de tweede lijn nodig. (8)
Een algemene consensus opstellen voor mensen met multimorbiditeit is moeilijk. Het is de taak van de huisarts om per patiënt de situatie in te schatten en bij elk niet pluis gevoel door te verwijzen naar een specialist.

Ik sprak hierover met Prof. Derom, longarts in het Universitair Ziekenhuis te Gent en gespecialiseerd in revalidatie bij patiënten met COPD.

- Wanneer is het volgens u belangrijk een grens te trekken als huisarts om fysieke activiteit voor te schrijven als we bijvoorbeeld kijken naar COPD?
"Een theoretische grens trekken die men kan toepassen op alle patiënten is gevaarlijk. Wel is het belangrijk individueel patiënt per patiënt te bekijken en rekening te houden met comorbiditeiten en de ernst van de aandoening.
Men kan stellen dat de meeste patiënten in een huisartsensetting met COPD in een stadium 2 zullen zitten volgens de GOLD criteria. Stadium 1 zal men vaak niet opmerken en vanaf stadium 3 wordt er sowieso al meer doorverwezen voor oppuntstelling. Als huisarts is het belangrijk de patiënten die eventueel kunnen desatureren of cardiaal belast zijn door te verwijzen, andere patiënten kunnen zeker baat hebben bij een niet gestructureerd revalidatieprogramma.
Wel moet men rekening houden met de compliance van de patiënten, deze is vaak ondermaats wanneer er geen goede opvolging gebeurd. Ambulante kinesitherapie zou dan eventueel een oplossing zijn om ervoor te zorgen dat patiënten in eerstelijn met specifieke richtlijnen naar fysieke activiteit toe ook worden opgevolgd."

- Wat met patiënten die een gestructureerd revalidatieprogramma hebben gevolgd?
" Patiënten die een revalidatieprogramma hebben gevolgd moeten aangemoedigd worden om nadien bewegingsvormen te blijven onderhouden. Zij hebben er alle baat bij om ook nadien de oefeningen verder te zetten. Dit kan op eigen initiatief, of ook via kinesitherapie. Er komen meer en meer kinesisten die de opleiding voor ademhalingskinesitherapie volgen en hier ook ambulant mee werken."

- Wat zou u zelf algemeen aanraden als advies naar huisartsen toe?

" Fysieke activiteit is belangrijk, maar wees voorzichtig met ernst van de pathologie en eventuele comorbiditeiten. Anderzijds is het voor elke patiënt aangeraden een minimale vorm van beweging na te streven, wat ook het effect op overleving doet stijgen, het aantal exacerbaties doet dalen, etc. Neem dus de tijd om per patiënt een risico inschatting te maken en bij enige vorm van twijfel door te sturen. Indien geen vermoeden op risico's kan men gerust de Scandinavische adviezen volgen.
Volgens de Copenhagen study, of american sports association die stelt dat gewoon al 10000 stappen per dag een morbiditeitsdaling geeft. Dit kan men sowieso aan elke COPD patiënt aanraden."

8. Referenties

(1) Domus medica: Richtlijn fysieke activiteit
(2) Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects (the lancet) Dr Pedro C Hallal
(3) World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promot- ing healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
(4) NHG Richtlijnen
(5) ODPHP guidelines
(6) Association between physical activity, multimorbidity, self-rated health and functional limitation in the Spanish population. Cristina Cimarras-Otal et al. BMX Public Health 2014, 14;1170
(7) Haskell W et al. Physical activity and public health. Update recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. Circulation 2007;116: 1081- 1093.
(8) Govaerts F. Adviezen fysieke activiteit. Soorten, frequentie en intensiteit van fysieke activiteit bij gezonde, oudere en chronische patiënten. *Huisarts Nu* 2011;40:10-4.
(9) Bull F, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. Am Journ Prev Med. 1998;15(2):85-94.
(10) Armit C et al. Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. Preventive Medicine 2009;48:156-163.
(11) Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. Scand J Prim Health Care 2006;24(2):69-74.
(12) Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical student influence their counseling practices. Br J Sports Med 2009;43:89-92.
(13) Estabrook P, Glasgow R, Dzewaltowski D. Physical activity promotion through primary care. JAMA 2003;289:2931-2936.
(14) Hillsdon M, Thorogood M, White I, Foster C. Advising people to make exercise is ineffective: a RCT of physical activity promotion in primary care. Int J Epid. 2002;31:808-815.
(15) Department of Health. At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relation to health. Report from the Chief Medical Officer. London: Department of Health; 2004.
(16) Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice. Cluster randomised controlled trial. BMJ 2003; 326:793.
(17) Fyss. Physical activity in the prevention and treatment of disease
(18) Elavsky S, McAuley E. Physical activity and mental health outcomes during menopause. A randomized controlled trial. Ann Behav Med 2007;33:132-42.
(19) Asbury EA, Chandrruangphen P, Collins P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women. A pilot study. Menopause 2006;13:561-7.
(20) Martin D, Notelovitz M. Effects of aerobic training on bone mineral density of post-menopausal women. J Bone Miner Res 1993;8:931-6.

(21) Ussher M, Sampuran AK, Doshi R, West R, Drummond DC. Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. Addiction 2004;99:1542-7.
(22) Palmer J, Vacc N, Epstein J. Adult inpatient alcoholics. Physical exercise as a treat- ment intervention. J Stud Alcohol 1988;49:418-21.
(23) Sinyor D, Brown T, Rostand L, Sereganian P. The role of physical fitness program in the treatment of alcoholism. J Stud Alcohol 1982;43:380-6.
(24) Emtner M, Finne M, Stålenheim G. High-intensity physical training in adults with asthma. A comparison between training on land and in water. Scand J Rehab Med 1998;30:201-9.
(25) Emtner M, Finne M, Stålenheim G. A 3-year follow-up of asthmatic patients partici- pating in a 10-week rehabilitation program with emphasis on physical training. Arch Phys Med Rehab 1998;78:539-44.
(26) Emtner M, Herala M, Stålenheim G. High-intensity physical training in adults with asthma. A 10-week rehabilitation program. Chest 1996;109:323-30.
(27) Ram FS, Robinson SM, Black PN, Picot J. Physical training for asthma. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2005:CD001116.
(28) Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskenniemi L, Kuosma E. et al. The treatment of acute low back pain. Bed rest, exercises, or ordinary activity? N Engl J Med 1995;332:351-5.
(29) Thune I, Smeland S. Can physical activity prevent cancer? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:3296-301.
(30) Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA 2005;293:2479-86.
(31) Friedenreich CM, Thune I. A review of physical activity and prostate cancer. Cancer Causes Control 2001;12:461-75.
(32) Thune I, Lund E. The influence of physical activity on lung cancer risk. A prospective study of 81,516 men and women. Int J Cancer 1997;70:57-62.
(33) Clark CJ, Cochrane L, Mackay E. Low intensity peripheral muscle conditioning improves exercise tolerance and breathlessness in COPD. Eur Respir J 1996;9:2590-6.
(34) Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2005;172:19-38.
(35) Casaburi R, Patessio A, Ioli F, Zanaboni S, Donner CF, Wasserman K. Reductions in exercise lactic acidosis and ventilation as a result of exercise training in patients with obstructive lung disease. The American Review of Respiratory Disease 1991;143:9-18.
(36) Porszasz J, Emtner M, Goto S, Somfay A, Whipp BJ, Casaburi R. Exercise training decreases ventilatory requirements and exercise-induced hyperinflation at submaxi- mal intensities in patients with COPD. Chest 2005;128:2025-34.
(37) Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease. A rand- omized controlled trial. JAMA 2003;290:2015-22. (38) Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, et al. Leisure- time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. Lancet Neurol 2005;4:705-11.

(39) Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity of stress. A unifying theory. Clinical Psychology Review 2001;21:35-61.
(40) Martinsen EW. Physical activity and depression. Clinical experience. Acta Psychiatrica Scand (Suppl) 1994;377:23-7.
(41) Peirce NS. Diabetes and exercise. Br J Sports Med 1999;33:161-72; Quiz 172-3, 222.
(42) Ivy JL. Role of exercise training in the prevention and treatment of insulin resistance and non-insulin-dependent diabetes mellitus. Sports Med 1997;24:321-36.
(43) Helmrich SP, Ragland DR, Paffenbarger Jr RS. Prevention of non-insulin-dependent diabetes mellitus with physical activity. Med Sci Sports Exerc 1994;26:824-30.
(44) Stewart KJ, Bacher AC, Turner KL, Fleg JL, Hees PS, Shapiro EP, et al. Effect of exercise on blood pressure in older patients. Arch Intern Med 2005;165:756-62.
(45) Fagard RH, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14:12-7.
(46) Ketelhut RG, Franz IW, Scholze J. Regular exercise as an effective approach in anti-hypertensive therapy. Med Sci Sports Exerc 2004;36:4-8.
(47) Ainsworth BE. Compendium of physical activities. Classification of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc 1993;25:71-80.
(48) Hu G, Lindstrom J, Valle TT, et al. Physical activity, body mass index and risk of Type 2 diabetes in patients with normal or impaired glucose regulation. Arch Intern Med 2004;164:892-6.
(49)Linden C, Ahlborg HG, Besjakov J, Gardsell P, Karlsson MK A school curriculum- based exercise program increases bone mineral accrual and bone size in prepubertal girls: Two-year data from the pediatric osteoporosis prevention (POP) study. J Bone Miner Res 2006;21:829-35.
(50) Kemper HC, Twisk JW, van Mechelen W, Post GB, Roos JC, Lips P. A fifteen-year longitudinal study in young adults on the relation of physical activity and fitness with the development of the bone mass: The Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study. Bone 2000;27:847-53.
(51) Lehtonen-Veromaa M, Mottonen T, Irjala K, Nuotio I, Leino A, Viikari J. A 1-year prospective study on the relationship between physical activity, markers of bone metabolism and bone acquisition in peripubertal girls. J Clin Endocrin Metab 2000;85: 3726-32.
(52) Vainionpaa A, Korpelainen R, Leppaluoto J, Jamsa T. Effects of high-impact exer- cise on bone mineral density: A randomized controlled trial in premenopausal women. Osteoporos Int. 2005;16:191-7.
(53) Stenström CH, Minor MA. Evidence for the benefit of aerobic and strengthening exercise in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2003;49:428-34.
(54) van den Ende CH, Breedveld FC, le Cessie L, Dijkmans DA, de Mug AW, Hazes JM. Effect of intensive exercise in patients with active rheumatiod arthritis. A randomized clinical trial. Ann Rheum Dis 2000;59:615-21.
(55) Koufaki P, Mercer TH, Naish PF. Effects of exercise training on aerobic and functional capacity of patients with end-stage renal disease. Clinical Physiology and Functional Imaging 2002;22:115-24.

(56) Mercer TH, Naish PF, Gleeson NP, Crawford C. Low volume exercise rehabilitation improves functional capacity and self-reported functional status of dialysis patients. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 2002;81:162-7.
(57) Maxie Eckert. De jeugd zit stil. De Standaard 14-04-2016