



# Stimuleren van beweging in SEGV wijken: Het perspectief van de huisarts

**Juni 2011**

*Student-onderzoekers Geneeskunde*

Kim Steward

Martine Snabel

Annemarie van Nistelrooij

Stefanie Veenhuis

Neelke Oosterloo

*Onder begeleiding van*

Sonja Silva

*In opdracht van*

GGD Rotterdam-Rijnmond

*Contactpersonen*

Annette Straver, Tine de Hoop



## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	5
2. Methoden .....	9
2.1 Literatuur onderzoek.....	9
2.2 Interview huisartsen.....	9
3. Resultaten.....	11
3.1 Perspectief patiënten: motivatie en gedragsindicatoren.....	11
3.1.1 Factoren die beweging beïnvloeden bij vrouwen in de VS:.....	11
3.1.2 Psychosociale indicatoren die beweging bij volwassenen beïnvloeden: .....	11
3.2 Perspectief huisarts: .....	13
3.2.1 Bereidheid huisartsen stimuleren en ondersteunen bewegen in SEGV wijken:.....	13
3.2.2 Rol van de huisarts in bevorderen lichamelijke activiteit .....	14
3.2.3 Barrières bij deze ondersteuning:.....	14
3.3 Methode van counselen.....	15
3.3.1 Patient-centered model .....	15
3.3.2 Transtheoretical model .....	15
3.4 Methoden van interventie in huisartsenpraktijken:.....	16
3.5 Effectiviteit van interventie in huisartsenpraktijken.....	17
3.5 Resultaten huisartsen interviews: .....	18
4. Discussie .....	21
5. Conclusie/ aanbevelingen .....	25



# 1. Inleiding

Hart- en vaatziekten is in hoge-inkomenslanden en in lage-en middelinkomenslanden de belangrijkste doodoorzaak(1 blz 45 of 51). Naast de klassieke risicofactoren, zoals roken, hoge bloeddruk en hoog serumcholesterol, spelen ook andere risicofactoren een belangrijke rol in de hoge frequentie van hart- en vaatziekten in de westerse wereld, één van deze risicofactoren is (te weinig) beweging. (1 blz 61,62)

De norm voor gezond bewegen, luidt als volgt: *minimaal een 30 minutenr per dag lichte of matige aerobische beweging gedurende minimaal vijf dagen per week of 20 minuten zware aerobische inspanning 3 dagen per week in combinatie met 2 dagen krachttraining per week*(8). De helft van de Nederlandse bevolking voldoet niet aan deze norm(1 blz 90). Naast bescherming tegen hart- en vaatziekten, beschermt voldoende lichaamsbeweging ook tegen diabetes mellitus, depressie en borst- en dikkedarmkanker. Bewegen voorkomt overgewicht, wat een risicofactor is voor vele ziekten en aandoeningen en bewegen draagt bij cardiovasculaire preventie. (1 blz 90)

Volgens de NHG- standaarden van cardiovasculair risicomanagement hebben a) patiënten met een doorgemaakt HVZ of diabetes mellitus type II, b) patiënten bekend met een systolische bloeddruk  $\geq 140$  mmHg c) patiënten bekend met een totaal cholesterol  $\geq 6,5$  mmol/l en d) mannen  $\geq 50$  jaar die roken of vrouwen  $\geq 55$  jaar die roken een verhoogd cardiovasculair risico. Deze patienten krijgen naast een medicamenteuze behandeling ook leefstijladviezen mee naar huis, waaronder: *Zorg voor voldoende beweging, bij voorkeur ten minste vijf dagen per week 30 minuten per dag fietsen, stevig wandelen, tuinieren enzovoort.* (NHG-standaarden)

Uit een onderzoek van Calfas et al blijkt dat kleinschalige interventie vanuit de huisarts een positieve invloed kan hebben op het stimuleren tot meer bewegen en het in stand houden hiervan bij mensen die niet voldoende bewegen. Deze interventie in de vorm van kleinschalige counseling en regelmatige follow-up door middel van telefoongesprekken van 10 minuten met de patiënt blijken effectief om de patiënt gemotiveerd te houden. (2)

Helaas is het geven van bewegingsadviezen door artsen aan de lage kant.(3,4) Dit wordt veroorzaakt door verschillende barrières, de belangrijkste zijn hierbij: gebrek aan counselingvaardigheden, gebrek aan tijd, meerdere keren ervaren dat het niet effectief blijkt, gebrek aan vertrouwen in het counselen en beperkte beschikbaarheid van adviesmateriaal voor zowel patiënt als arts. (3,4,15)

Indien dit algemeen routinematig advies over het stimuleren van lichamelijke beweging geven zou worden, wekt dit bij de patienten wel vertrouwen en enthousiasme om dit advies te volgen, maar dat er dus een tekort is aan informatie en kunde bij de huisartsen over de verschillende opties die er zijn om te kunnen aanbevelen bij patiënten. (5,6).

Daarnaast doen zich problemen voor met het bevorderen van beweging bij patienten uit achterstandswijken met een lage sociaal-economische status (SES). Uit onderzoek blijkt dat er een positieve associatie is tussen SES en bewegingsintentie -en gedrag. Perceptie van controle is gerelateerd aan de intentie en gedrag van beweging. Mensen met een lage SES hebben een lagere perceptie van controle wat resulteert in een lage bewegingsintentie- en gedrag. Dit in vergelijking met mensen met een hoge SES die een hoge perceptie van controle hebben en daardoor een hogere intentie om te bewegen en ook daadwerkelijk meer bewegen. (7). Hogere opgeleiden geven aan dat ze meer zelfbeschikking en minder beperkingen ervaren over hun perceptie van control (8). De incidentie en de lethaliteit van hart- en vaatziekten is bij mensen met een lage SES hoger dan bij mensen met een hoge SES en mensen met een lage SES ondervinden daarnaast ook nog beperkingen in het meer gaan bewegen. (1, blz 102).

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen problemen ondervinden in het begeleiden van patienten om meer te gaan bewegen en een extra probleem doet zich voor bij patienten uit achterstandswijken met een lage SES. Om op deze problemen in te spelen heeft GGD-Rotterdam-Rijnmond een beweegprogramma ontwikkeld “van klacht naar kracht”. Het programma is breed opgezet en stimuleert en begeleidt Rotterdammers die klachten hebben, die samen hangen met hun leefstijl, om meer in beweging te komen en in beweging te blijven. Huisartsen in Sociaal-Economische-Gezondheidsverschillen wijken (SEVG-wijken) kunnen patienten naar dit programma verwijzen of kunnen praktijkondersteuning ontvangen van dit programma. Onder de SEVG-wijken in Rotterdam vallen: Afrikaanderwijk, Bloemhof, Hillesluis, Tarwewijk, Nieuwe Westen en Lombardijen.

Doormiddel van een literatuuronderzoek proberen wij antwoord te krijgen op de vragen: 1) Welke factoren beïnvloeden de motivatie en het gedrag tot bewegen bij volwassenen en 2) Op welke manier kan de huisarts de motivatie en het gedrag tot bewegen van patienten beïnvloeden. Daarnaast willen wij doormiddel van interviews met huisartsen in SEVG-wijken in Rotterdam in kaart brengen hoe huisartsen in SEVG-wijken patienten met een cardiovasculair risico begeleiden in gezond bewegen en of dit volgens de standaard richtlijnen van de NHG gaat. Daarnaast zijn wij geïnteresseerd in welke problemen de huisartsen ondervinden in het begeleiden van deze patienten, hoe huisartsen deze patienten counselen, of

de huisartsen op de hoogte zijn van “van klacht naar klacht” en indien ze hiervan op de hoogte zijn of ze ook daadwerkelijk gebruik maken van dit programma?



## 2. Methoden

### **2.1 Literatuur onderzoek**

In de database Pubmed is met behulp van “meshterms” gezocht naar artikelen met resultaten over 1) Factoren die motivatie en gedrag van beweging volwassenen beïnvloeden en 2) manieren waarop de huisarts invloed uit kan oefenen op de motivatie en gedrag van bewegen bij patiënten. Vanwege de diversiteit van het onderwerp zijn er meerder zoekacties gedaan, waarbij gebruik gemaakt is van de volgende “meshterms”

- Risk reduction behaviour OR Risk management AND Cardiovascular diseases AND exercise AND counseling.
- Exercise AND Counseling OR Health promotion AND General practitioners OR Physicians role
- Socioeconomic factors OR ethnic groups AND excersice AND counseling

De inclusiecriteria zijn als volgt gedefinieerd: de artikelen moesten in het Engels gepubliceerd zijn, geschreven na 1990 en online beschikbaar zijn via het ErasmusMC. Er zijn alleen artikelen geïncludeerd die gaan over groepen we veel tegenkomen in SEGV-wijken. Artikelen die te specifiek over één patientengroep gingen (bijvoorbeeld zwangere vrouwen, patiënten met artritis) zijn na het bekijken van de titel of het lezen van de abstract geexcludeerd. Ook studies die zich gericht hebben op niet-westerse bevolkingsgroepen hebben we geexcludeerd, omdat de leefomstandigheden en de voorkomende ziekten weinig overeenkomen met de Nederlandse bevolking.

Na toepassing van de in- en exclusiecriteria kon er gebruik gemaakt worden van 18 artikelen.

### **2.2 Interview huisartsen**

#### **2.2.1 Huisartsenselectie**

De huisartsen zijn geselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria:

- 1) De huisarts moet werkzaam zijn in wijken met sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV-wijken) met postcode gebieden 3022, 3072, 3073, 3074, 3076 en 3081.
- 2) De huisarts moet praktiseren in een single of duopraktijk
- 3) De de huisarts moet medewerking verlenen.

### **2.2.2 Opstellen van vragenlijst**

De aandacht ligt in dit project op SEGVwijken, omdat uit onderzoek blijkt dat mensen met een lage sociaal economische status een lagere bewegingsintentie- en gedrag hebben (7).

De kernvraag vanuit de GGD-Rotterdam-Rijnmond is: Of de huisartsen in SEGV wijken de mate van beweging van de patienten bespreken en op wat voor een manier dat gedaan wordt. Op basis van deze vraag zijn de interview vragen gevormd. Voor de vragen van het interview zie bijlage. Belangrijke punten die in het interview naar voren komen zijn: a) de patiëntkenmerken en b) hoe beweging met patienten wordt besproken in alle dimensies, namelijk; Of de patient aan beweging doet, zo niet waarom niet en indien er beweegtherapie is ingesteld of dit als effectief wordt ervaren. Dit is erg belangrijk omdat voldoende beweging een belangrijke manier van risicoreductie is bij veel voorkomende aandoeningen (1, blz 210). Doormiddel van deze vragen is geprobeerd een overzicht te krijgen van hoe huisartsen met het onderwerp beweging om gaan.

Daarnaast is er vanuit de GGD-Rotterdam-Rijnmond een project gericht op stimulatie van beweging als secundaire preventie “van klacht naar kracht”. Om dit programma te evalueren is er gevraagd naar de bekendheid van dit programma onder de huisartsen in de SEGV-wijken, in het interview wordt naar de bekendheid van het programma gevraagd en of er ook daadwerkelijk mee gewerkt wordt.

## **3. Resultaten**

### ***3.1 Perspectief patiënten: motivatie en gedragsindicatoren***

#### **3.1.1 Psychosociale factoren die beweging beïnvloeden**

Er bestaan diverse factoren die beweging beïnvloeden. In een Amerikaans onderzoek naar beweging onder vrouwen werden de meest bepalende factoren onderzocht: 1) Persoonlijke factoren zoals jonge leeftijd, goede gezondheid, mate van zelfbeschikking 2) Sociale factoren zoals mensen in omgeving die sporten en bijwonen van religieuze diensten en 3) Omgeving: aanwezigheid van sociale verenigingen, support groups, infrastructuur die beweging bevordert. Bovenstaande factoren bleken het meest van invloed te zijn op de motivatie van vrouwen om te bewegen. De factoren kwamen prominenter naar voren bij vrouwen van niet-westerse etnische achtergronden dan vrouwen die wel van westerse afkomst waren. (9,10).

In studies van Cotter et al en Taylor et al is gekeken naar factoren die van invloed zijn op jong volwassenen en ouderen. Hier worden een aantal verschillen gevonden. Bij de jong volwassenen wordt het bewegen beperkt door tijdsgebrek, tekort aan financiële middelen en sociale steun. Overeenkomstig met de jong volwassenen zijn ook bij ouderen de financiële middelen een belangrijk punt, verder zijn de determinanten onder ouderen veel uiteenloper. Zij noemen gezondheidsproblemen (coronaire hartziekten, COPD etc.), onveilige buurt of leefomgeving, geen vervoer of toegang tot vervoer, angst voor blessures door beweging en weersomstandigheden als belangrijkste belemmeringen. (8,11)

#### **3.1.2. Psychosociale Variabelen:**

##### **Perceptie van controle (sense of control)**

Hier onder wordt verstaan de gedachten of verwachtingen over de mate waarin acties die je onderneemt kunnen leiden tot het gewenste resultaat. Het behouden van een 'sense of control' is van belang voor zowel de fysieke als mentale gezondheid. Dit kan worden uitgedrukt in minder acute en chronische ziektes, beter fysiek functioneren, minder depressieve symptomen en positievere algemene levensverwachting.

Perceptie van controle heeft invloed op de bewegingsintentie- en gedrag. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lagere sociaal economische status (SES) een lagere perceptie van controle hebben en daardoor een lagere bewegingsintentie- en gedrag (7).

Ouderen hebben de gedachte dat fysieke achteruitgang bij ouder worden hoort, dat het een natuurlijk en niet te voorkomen onderdeel is en hebben daardoor een verminderd gevoel van controle over de fysieke achteruitgang die geassocieerd is met ouder worden.(8)

Een verlies of tekort aan 'sense of control' kan worden gecorreleerd aan verminderde motivatie om te gaan bewegen. Met betrekking tot beweging bij ouderen kan dit als volgt worden omschreven: weinig zelfvertrouwen in het vermogen om te kunnen bewegen leidt tot het vermijden van beweging waardoor men toestaat dat de fysieke gezondheid verslechterd (8). De mate van controle over beweging die ervaren wordt is een toonaangevende maat voor het voorspellen van de motivatie tot beweging en het in stand houden van regelmatig bewegen.

### **Opleiding:**

Hogeropgeleiden geven aan dat ze meer zelfbeschikking en minder beperkingen te hebben met betrekking tot hun perceptie van controle. Daarnaast is er een correlatie tussen hoger opgeleid en meer bewegen. Onder ouderen is het percentage hoogopgeleiden vele malen lager dan onder jongeren samen met de fysieke factoren kan dit een belangrijke rol spelen in de motivatie bij ouderen om bewegen (8)

### **Sociaal netwerk:**

De kwaliteit van het sociale netwerk speelt ook een rol in gezondheid en gedrag. Afhankelijk van de vorm van de sociale relatie kan deze positief of negatief beïnvloedt worden. Positief is bijvoorbeeld een sociaal steun waar ondersteuning wordt uitgedrukt in de vorm van emotionele en constructieve steun. Negatief is bijvoorbeeld sociale druk in de vorm van (negatieve) kritiek en vijandigheid.

Bij ouderen is er vaak sprake van een toename van sociale steun en afname van sociale druk van familie in tegenstelling tot jong volwassenen. Deze toename is van belang voor ouderen omdat sociale steun een positief effect heeft op de fysieke en mentale gezondheid en daardoor gezondheidsbevorderend gedrag stimuleert, waaronder beweging (11).

Sociale druk over het algemeen en in relatie tot beweging is nog niet breed onderzocht maar de gedachte is dat sociale druk een belangrijke rol speelt in de motivatie tot beweging en het

aanzetten van gedrag dat leidt tot meer bewegen. Over het algemeen kan worden gezegd dat sociale druk in de vorm van (negatieve) kritiek en vijandigheid negatieve invloed heeft op gezondheid en welzijn. Specifieker gezegd kan sociale druk ervoor zorgen dat iemand zich niet adequaat genoeg voelt over zijn of haar kunnen waardoor er minder vertrouwen is in eigen aanzet tot bewegen en dit leidt tot afname van motivatie. Sociale druk kan echter ook een motivatie zijn om te bewegen. Een gevoel van verplichting en negatieve feedback kunnen ook een stimulans zijn om meer te gaan bewegen. Nadeel hiervan is dat bij het niet waarmaken van de geplande beweging er gevoelens van woede, verdriet en schuld ontstaan (8)

### ***3.2 Perspectief huisarts:***

#### **3.2.1 Bereidheid huisartsen stimuleren en ondersteunen bewegen in SEGV wijken:**

De motivatie onder professionals om bewegingsprogramma's te implementeren is erg groot. Echter blijkt de motivatie van praktijkverpleegkundigen om het programma door te zetten minder hoog dan bij de andere professionals. De hoge motivatie had een positieve correlatie met ondersteuning door collega's, en een duidelijk idee van het voordeel van de interventie. De hoge eigen motivatie om het in te voeren is een duidelijk positieve voorspeller om de interventie te continueren. (6)

Huisartsen en zorgverleners van de eerste lijn geven over het algemeen routinematig advies over het stimuleren van lichamelijke beweging aan patiënten. Hierbij blijkt dat het vertrouwen en enthousiasme om dit advies te volgen alom aanwezig is, maar dat er vaak te weinig kennis en training is over de mogelijkheden om meer te bewegen en de manieren om deze over te brengen. Er is dus een tekort aan informatie en kunde bij deze zorgverleners over de diverse opties die er zijn om dit goed te kunnen aanbevelen bij patiënten (5,6). Daarnaast is het geven van specifiek advies gericht op de individuele patiënt lastig voor zorgverleners. Er moet een inschatting worden gemaakt van de factoren die gedragsverandering teweeg brengen die leiden tot meer beweging en deze factoren zijn niet altijd even helder voor de zorgverlener. Het is van belang om het perspectief van de patiënt mee te nemen in deze inschatting omdat de acceptatie, impact en relevantie van de interventie hierdoor beïnvloed worden. (referentie)

### **3.2.2 Rol van de huisarts in bevorderen lichamelijke activiteit:**

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in het bevorderen van lichamelijke activiteit bij patiënten. 70% van de Amerikaanse volwassenen komt minstens 1x per jaar bij de huisarts en staan over het algemeen open voor counseling van hun huisarts (3,4)

In een studie van Logsdon e.a. waarbij er gedragsinterventies op meerdere vlakken werden werd geadviseerd door huisartsen werd gevonden dat 33,8% van de behandelde interventie groep tegen 24,1% van de controlepatiënten ging starten met frequent bewegen ( $P < 0.05$ ) (12)

Uit onderzoek is gebleken dat kleinschalige interventie vanuit de huisarts een positieve invloed kan hebben op het stimuleren tot meer bewegen en het in stand houden hiervan bij mensen die niet voldoende bewegen. Deze interventie in de vorm van kleinschalige counseling en regelmatige follow-up door middel van telefoongesprekken van +/- 10 minuten met de patiënt bleken effectief om de patiënt gemotiveerd te houden (2)

### **3.2.3 Barrières bij deze ondersteuning:**

Het lage aantal bewegingadviezen wordt veroorzaakt door verschillende barrières, de belangrijkste zijn hierbij:

- gebrek aan counselingvaardigheden
- gebrek aan tijd
- meerdere keren ervaren dat het niet effectief blijkt
- gebrek aan vertrouwen in het counselen
- beperkte beschikbaarheid van adviesmateriaal voor zowel patiënt als arts.

(3,15)

Gebaseerd op bovenstaande barrières zijn er verschillende modellen ontwikkeld om de efficiëntie en effectiviteit van counseling te verbeteren. 2 belangrijke modellen zijn hierbij het transtheoretical model en het patient-centered model. (3)

### **3.3 Methode van counselen**

#### **3.3.1 Patient-centered model**

Dit model wordt ook veel gebruikt bij counseling van stoppen met roken. Op 5 vlakken wordt het gedrag geïnterviewd, waarna een individueel plan gemaakt wordt. De 5 niveaus zijn:

- Cognitief: wat weet de patiënt over bewegen en geef educatie over het belang er van.
- Attitude: is er geloof in gedragsverandering en heeft de patiënt daadwerkelijk de intentie? Wat zijn eventuele barrières?
- Instrumenteel: welke vaardigheden en materiaal is nodig voor gedragsverandering
- Gedrag: welk coping-gedrag vertoont de patiënt?
- Sociaal: zijn er mensen in de omgeving die steun en support kunnen bieden?

Dit model zorgt voor een zeer individuele counseling. Bij de interventie hoort o.a. geven van benodigde educatie en aanleren van vaardigheden om de barrières te overkomen. (3)

#### **3.3.2 Transtheoretical model**

Veel patiënten zijn niet of weinig gemotiveerd om te gaan bewegen. Dit leidt bij artsen vaak tot gebrek aan vertrouwen en hierdoor is de arts een stuk minder gemotiveerd om bewegingsadviezen te geven. Het transtheoretical model speelt hier op in. Dit model maakt gebruik van 5 fases in counseling: de 'stages of change':

- Precontemplation      Geen fysieke activiteit en geen intentie om te starten
- Contemplation        Geen fysieke activiteit maar wel intentie om te starten
- Preparation            Onregelmatige fysieke activiteit
- Action                  Regelmatige fysieke activiteit < 6 maanden
- Maintenance          Regelmatige fysieke activiteit > 6 maanden

Volgens dit model is het de bedoeling om niet te veel stappen in een te nemen, maar fase voor fase een stap te zetten. Met patiënten die in de precontemplatiefase zitten moet je niet direct

een startdatum voor de gedragsverandering afspreken, dit leidt tot onhaalbare doelen en veel frustratie bij zowel arts al patiënt. Wanneer elke fase stap voor stap doorgewerkt wordt is de kans van slagen veel groter. (3,4)

### **3.4 Methoden van interventie in huisartsenpraktijken:**

Counseling door artsen voor meer bewegen is effectief voor het op korte termijn doen toenemen van activiteit. Dit is gebleken uit onderzoeken die aan de hand van het PACE protocol zijn uitgevoerd. Patiënten die werden blootgesteld aan PACE waren meer bereid om meer te gaan bewegen dan de patiënten in de controle groep. (19)

De betekenis van PACE is: Physician-based Assessment and Counselling for Exercise. Het is raamwerk voor interventie die gericht is op het patient-centred model. Op basis van PACE is het mogelijk om een kant-en-klaar programma op te zetten waar de huisarts in korte tijd de patiënt een op maat gesneden beweegadvies kan geven. Aan de hand van het PACE protocol worden patiënten gestimuleerd om meer te bewegen. PACE bestaat uit 5 fases van implementatie:

1. Stimulering van bewustwording van het nut van meer bewegen en gezond eten bij de doelgroep.
2. Motivatie en steun aanbieden om toename van beweging in gang te brengen bij de doelgroep.
3. Motivatie en steun aanbieden voor het verbeteren van het voedingspatroon.
4. Een ondersteuningssysteem opzetten voor motivatie en in stand houding van de toename van beweging en het verbeterde voedingspatroon.
5. In standhouden van toegenomen beweging en verbeterde voedingspatroon door het opzetten van een ondersteunend sociaal netwerk en aanbieden van middelen zoals sportfaciliteiten of tracking tools zoals de stappenteller. (18)

Het PACE protocol kan voor verschillende interventiegebieden worden aangeboden zoals op de werkvloer, thuis en tijdens het transport van en naar het werk. Doordat PACE aangepast kan worden op de individuele kenmerken van de patiënt is het een bruikbaar middel om interventies op te zetten. (17,18)

### **3.5 Effectiviteit van interventie in huisartsenpraktijken**

In een Nederlandse studie van Kloek et al. is gekeken naar groepen met een lagere SES. Bij groepen met een lagere SES is bewezen dat er minder fysieke activiteit is, bij een interventie studie bleken de drop-outs voornamelijk jonge, rokende mannen te zijn. In deze studie worden 2 wijken vergeleken met controle wijken. In de twee interventiewijken werden 2 jaar lang activiteiten georganiseerd met betrekking tot beweging, groente en fruitconsumptie en kennis hierover, voor buurtbewoners door buurtbewoners en professionele instanties. Na twee jaar bleek dat in de interventiewijken er een significant verschil was in consumptie en kennis van groente en fruit. Opmerkelijk was dat de bewegingsinterventie veel minder effectief is, dit gaf geen significant verschil (13)

Het programma was geïmplementeerd volgens de principes van 'gemeenschapsbenadering', dit was een zinvolle benadering, echter wordt niet iedereen bereikt in een gemeenschap. maar met sterk opgezette interventieprogramma's zullen ze wel veel mensen bereiken (14)

Let's get moving (LGM) is een programma dat in 2009 in 6 huisartsenpraktijken in Londen is getest om lichamelijke activiteit in eerst lijnszorg te integreren voor zowel patienten met hoge als lage gezondheidsrisico's. Laagriscio patienten werden willekeurig benaderd tijdens hun huisartsenbezoek, uit 5900 consulten wilde uiteindelijk 6% ingaan op de uitnodiging om beweging aan te pakken. Hierbij moet aangetekend worden dat diverse huisartsen hebben aangegeven alleen mensen uit te nodigen die open staan voor een interventie en die gemotiveerd zijn. De hoog-risico patienten werden uit een database gehaald en via een brief aangeschreven met de vraag of ze mee wilde doen aan een bewegingsprogramma. De gemiddelde respons hierop was 16%.

Alle geselecteerde patienten (n=367) kregen een korte counseling-sessie van hun huisarts waarbij het bewegen werd besproken. Uiteindelijk waren slechts 101 patienten bereid om voor een follow-up afspraak terug te komen. Uit bovenstaand artikel kan worden geconcludeerd dat het ondanks motivatie van patienten het counselen van de huisartsen toch maar matig effectief blijkt. (15)

#### **Promoten van een bewegingsprogramma**

In Australië is er onderzoek gedaan naar het promoten van een bepaald bewegingsprogramma 10.000 steps. Dit programma verstrekte gratis stappentellers aan hoog-risico patienten om hen te motiveren te gaan bewegen. Om meer bekendheid aan dit programma te geven werden er in huisartsenpraktijken posters opgehangen en brochures over het programma verstrekt. De bekendheid steeg gedurende de 14 maanden follow-up van 46% naar 95%. In deze studie werd verder niet gekeken naar het aantal patienten dat als gevolg hiervan daadwerkelijk ging bewegen. (16)

### **3.6 Resultaten huisartsen interviews:**

Na diverse keren bellen met verschillende solo- en duohuisartspraktijken in de geselecteerde wijken is het uiteindelijk gelukt om bij 3 huisartsen het interview af te nemen. Resultaten van deze antwoorden zijn te zien in tabel 1.

	Ja	Nee
Vraagt naar hoeveelheid beweging	• • •	
Afhankelijk van ras, geslacht, leeftijd, aandoening	• • •	
Geeft u beweeg advies	• •	•
Sport /bewegen	• • •	
Besteedt tijd in stimuleren van patiënt tot bewegen	• • •	
Helpt vinden gepaste beweegtherapie	•	• •
Stimulatie bewegen afhankelijk van ras, geslacht, leeftijd, aandoening	• •	•
Op de hoogte beweegprojecten in de wijk	• • •	
Verwijst u patienten naar beweegprojecten		• • •
Evalueert met patient beweegtherapie		• • •

Aan de hand van de gevoerde telefoongesprekken met de huisartsen uit SEGV-wijken hebben we inzicht gekregen over de stand van zaken rondom de rol van de huisarts met betrekking tot het geven van beweegadviezen.

Alle huisartsen geven aan veel aandacht te hebben voor het uitvragen van de hoeveelheid beweging van de patiënt. De groep waar zij zich vooral op richten zijn allochtone vrouwen.

Bijna alle huisartsen geven zelf het beweegadvies, wel zijn er twee huisartsen die een Praktijk Ondersteuning Huisartsen (POH) of voedingsconsulent in dienst hebben. Deze praktijkmedewerkers nemen een deel van het geven van beweegadviezen en het stimuleren van bewegen van de huisarts over.

Het beweegadvies wat gegeven wordt is afhankelijk van de SES, cultuur en leeftijd. Voor mensen met een lage SES worden vooral adviezen gegeven om meer te bewegen in het dagelijks leven, zoals: meer fietsen, lopen, en de trap nemen. Wanneer patiënten meer te besteden hebben wordt vaak een sportschool geadviseerd.

Het stimuleren van bewegen wordt door de huisartsen als erg belangrijk ervaren, echter helpen zij niet allemaal bij het vinden van een gepaste beweegtherapie, dat moet de patient vervolgens zelfstandig doen.

Alle huisartsen geven aan bekend te zijn met de beweegprojecten in de desbetreffende wijk. Echter verwijzen zij hun patiënten vaak niet door naar deze projecten, wegens problematiek rond de verwijzing, ze geven aan hier veel tijd mee kwijt te zijn. Een van de huisartsen geeft aan dat hij vier keer heeft moeten bellen voordat hij een patient bij het project heeft aan kunnen melden, waar hij aangeeft geen tijd voor te hebben.

Evaluatie van beweging vindt niet plaats in de door ons onderzochte huisartsenpraktijken.

Om contact te krijgen met deze huisartsen was erg lastig. Veel huisartsen zijn erg druk, vooral single en duo praktijken zoals die zijn benaderd. Uit de lijst van mogelijk geschikte huisartsen die voldeden aan onze criteria waren 15 geschikte huisartsen. Deze zijn allemaal gebeld, echter was de respons zeer laag waardoor uiteindelijk maar 3 huisartsen geïnterviewd konden worden. Er zijn er op dit moment erg veel op vakantie waardoor ze niet bereikbaar zijn, de overigen zijn tenminste allen vier keer gebeld.



## 4. Discussie

Voldoende beweging beschermt onder anderen tegen hart-en vaatziekten en is dan ook een belangrijk onderdeel van de behandeling van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. Gebleken is dat huisartsen een positieve bijdrage kunnen leveren bij het stimuleren tot bewegen en het in stand houden hiervan bij patiënten die onvoldoende in beweging zijn (2). Huisartsen geven over het algemeen routinematig advies over het stimuleren van lichamelijke beweging aan patiënten. Hierbij blijkt dat het vertrouwen en enthousiasme vanuit de patiënten om dit advies te volgen aanwezig is (5,6). Helaas is het geven van bewegingsadviezen door huisartsen over het algemeen genomen aan de lage kant. Dit wordt veroorzaakt door verschillende barières, de belangrijkste zijn hierbij: gebrek aan counselingvaardigheden, gebrek aan tijd, meerdere keren ervaren dat het niet effectief blijkt, gebrek aan vertrouwen in het counsellen en beperkte beschikbaarheid van adviesmateriaal voor zowel patiënt als arts (3,4).

Huisartsen kunnen tijdens het counsellen van de patient gebruik maken van het patient-centererd model, wat ook frequent wordt gebruikt bij het counsellen van patiënten die willen stoppen met roken. Met dit model wordt het gedrag van de patiënt geïnventariseerd op basis van vijf vlakken, namelijk: cognitief, attitude, instrumenteel, gedrag en sociaal. Aan de hand van de inventarisatie van het gedrag van de patiënt wordt een individueel plan gemaakt, wat ingrijpt op het vlak of vlakken waarbij het probleem gezocht moet worden.

Daarnaast kan een huisarts tijdens het counsellen van een patiënt gebruik maken van het transtheoretical model, daarbij wordt het counsellen in vijf fasen verdeeld, “the stage of change”: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en gedragsbehoud. Indien vastgesteld is in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt, kan de voorlichting hierop afgestemd worden. Ongemotiveerde patiënten in de precontemplatie fase moeten eerst gemotiveerd worden om meer te gaan bewegen. Patiënten in de preparatie fase of actie fasen hebben meer behoefte aan praktische vaardigheden die leiden tot het meer bewegen. Als alle afzonderlijke fasen stap voor stap worden doorgewerkt of indien de patiënt al een fase verder, daar goed op ingespeeld wordt, is de kans van slagen veel groter.

Bewegen is een vorm van gedrag. Gedrag, dus ook bewegen, komt voort uit een intentie tot dat gedrag. Factoren die van invloed zijn op een intentie, zijn: persoonlijke factoren, sociale factoren en omgevingsfactoren (9). Maar ook materiele,- en psychosociale factoren hebben invloed op bewegen. Uit onderzoek blijkt dat er een positieve associatie is tussen sociaal

economische status (SES) en bewegingsintentie -en gedrag. Perceptie van controle is gerelateerd aan de intentie en gedrag van beweging. Mensen met een lage SES hebben een lagere perceptie van controle wat resulteert in een lage bewegingsintentie- en gedrag (7). Daarnaast geven mensen die een hoge opleiding hebben genoten aan dat ze meer zelfbeschikking en minder restricties hebben over hun perceptie van controle, en daardoor dus een hogere gedragsintentie- en beweging hebben. (8)

De sociale omgeving speelt ook een belangrijke rol in de motivatie tot beweging en het aanzetten van gedrag dat leidt tot meer bewegen. Sociale druk in de vorm van kritiek en vijandigheid heeft een negatieve invloed op gezondheid en welzijn. Sociale druk kan hierdoor zorgen dat iemand zich niet adequaat genoeg voelt over zijn of haar kunnen, waardoor er minder vertrouwen is in eigen aanzet tot bewegen en dit leidt tot afname van de motivatie tot bewegen (8).

Om huisartsen een handje te helpen bij het stimuleren van patiënten uit SEVG-wijken met een lage SES heeft GGD-Rotterdam-Rijnmond een programma opgezet gericht op beweging als secundaire preventie, genaamd “van klacht naar kracht”. Huisartsen kunnen hun patiënten die het advies krijgen om meer te bewegen verwijzen naar dit programma, of kunnen vanuit dit programma een praktijk ondersteuner krijgen, die de patiënten advies op maat geven. Om de bekendheid van dit programma te evalueren, zijn alle solo- en duo praktijken in de SEVG-wijken in Rotterdam benaderd. Alle geïnterviewde huisartsen geven aan op de hoogte te zijn van het programma “van klacht naar kracht”. Eén huisarts heeft vanuit het programma een POH, waarnaar de huisarts zijn patiënten die meer moeten gaan bewegen meteen verwijst. Deze praktijkondersteuner begeleidt de patiënten dan verder. Een andere huisarts heeft een diëtist in dienst (niet van “van klacht naar kracht”), die patiënten begeleidt in het afvallen, dus niet expliciet met meer bewegen, maar dat is daar wel een onderdeel van. Twee huisartsen geven aan problemen te ondervinden met de bereikbaarheid van het programma. Na een aantal pogingen om contact op te nemen met het programma is een van de huisartsen hiermee gestopt, terwijl deze wel aangeeft graag gebruik te willen maken van het programma. Alle huisartsen vinden het stimuleren van beweging belangrijk en besteden veel aandacht aan het uitvragen van beweging. Advies over beweging wordt op maat gegeven en is afhankelijk van de sociaal economische status van de patiënten en de middelen die deze patiënten hebben om meer te gaan bewegen. Dit advies op maat voor patiënten met een lage SES is belangrijk, want uit de studie van Murray et al. Blijkt dat de mate van bewegen en de intentie tot bewegen afhankelijk is van de SES van de patiënten (7). Ondanks dat de huisartsen het stimuleren van beweging als belangrijk ervaren helpen zij de patiënten niet met het vinden

van een gepaste bewegtherapie, dit wordt aan de patienten zelf overgelaten, ook Ribeiro et al. en Van Sluijs et al. vonden in hun studie dat er een gebrek aan adviesmateriaal voor handen is (4,5). Van de 15 huisartsen die benaderd zijn, hebben er 3 respons gegeven. Het lage aantal respondenten is te verklaren door de slechte telefonische bereikbaarheid van de huisartsen, of de praktijken waren gesloten in verband met vakantie, of de huisartsen belden niet terug. Graag hadden wij doormiddel van de literatuurstudie meer studies willen vinden over het lange termijn effect van counseling, dit zien wij als een tekortkoming van de literatuurstudie.



## 5. Conclusie/ aanbevelingen

### Referenties

1. Maas en Machenbach
2. KJ. Calfas et al. (jaartal). A Controlled Trial of Physician Counseling to Promote the Adoption of Physical Activity.(tijdschrift), 227-229
3. M. Bernardine et al. (1998) Activity counselling by primary care physicians, Preventive medicine, 506-513
4. M. Ausenka Ribeiro et al. (2007) The role of physician counselling in improving adherence to physical activity among the general population, Sao Paulo Medical Journal, 115-121
5. EM Van Sluijs et al. (jaartal).The positive effect on determinants of physical activity of a tailored, general practice-based physical activity intervention.(tijdschrift), 346-348
6. F Douglas et al. (jaartal) A Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. (tijdschrift), 8
7. TC Murray et al. (2011) Exploring the relationship between socioeconomic status, control beliefs and exercise behavior: a multiple mediator model. *J Behav Med*
8. KA Cotter et al. (jaartal). No strain, no gain: psychosocial predictors of physical activity across the adult lifespan. (tijdschrift), 1-3,8
9. AA Eyler et al. (jaartal) Quantitative study of correlates of physical activity in women from diverse racial/ethnic groups: The Women's Cardiovascular Health Network Project summary and conclusions.(tijdschrift), 99
10. CM. Castro et al. (jaartal) A prospective study of psychosocial correlates for physical activity for ethnic minority women.(tijdschrift), 285-288
11. WC Taylor et al. (jaartal) Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. (tijdschrift), 335-339
12. D.N. Logsdon et al. (1989) The feasibility of behavioral risk reduction in primary medical care, Am J Prev Med, (249-255)

13. GC Kloek et al. (2006). Impact evaluation of a Dutch community intervention to improve health-related behaviour in deprived neighbourhoods. *Health Place*. 2006, 665-677
14. GC Kloek et al. (2006). Process evaluation of a Dutch community intervention to improve health related behaviour in deprived neighbourhoods. *Soz Präventivmed*, 259-272.
15. Bull and Milton (2010) A process evaluation of a “physical activity pathway” in the primary care setting, *BMC Public Health*, (10:463)
16. Elizabeth G. Eakin et al. (2004) Physical Activity Promotion in Primary Care Bridging the Gap Between Research and Practice, *Am J Prev Med*;27(4)
17. Karin I. Proper et al (2006) Promoting physical activity with people in different places – a Dutch Perspective, *Journal of science and medicine in sport* (9: 371,379)
18. Shirly A.A. Bresford et al (2007) Worksite study promoting activity en eating (PACE): design and baseline results , *Obesity*, Volume 15 suplement November

## **Bijlage**

Vragen huisartsen community project.

Samenwerkingsverslag

Intro:

3e- jaars geneeskunde studenten

Onderzoek vanuit de GGD naar beweegadviezen van huisartsen in SEGV-wijken (sociaal economische gezondheid verschillen)

Als het goed is, hebt u een brief ontvangen van de GGD waarmee u op de hoogte bent gesteld van dit onderzoek. Alvast bedankt voor uw tijd. Het beantwoorden van deze vragen kost u ongeveer 10 minuten en is van belang voor dit oriënterend onderzoek.

1. a) Vraagt u naar de hoeveelheid beweging bij elke patiënt?

*Zo ja, ga door met vraag 2. Zo nee, ga door met 1b.*

b) Waarom niet en eventueel bij welke patiënten wel?

(vb overgewicht, COPD, diabetes)

2. a) Geeft u uw patiënten beweegadviezen?

*Zo ja, ga door met vraag 3. Zo nee ga door met 2b.*

b) Raad u ze aan om te gaan sporten of bewegen?

c) Wat voor additioneel advies geeft u?

3. a) Besteedt u tijd aan het stimuleren van patiënten om te bewegen?

b) Helpt u ze bij het vinden van een gepaste bewegetherapie?

c) Welke patiënten stimuleert u om meer te gaan bewegen?

Ras, geslacht, leeftijd, mogelijke aandoening

4. a) Kent u beweegprojecten in de wijk?

b) De GGD heeft beweegprojecten, bent u hier mee bekend?

b) Zo ja welke projecten kent u?

- c) Verwijst u hier uw patiënten naar? Waarom wel/niet?
- 5) a) Evalueert u met uw patiënten de bewegtherapie?  
b) Zo ja, hoe ervaren de patiënten de bewegtherapie?

## Samenwerkingsverslag:

De verschillende taken binnen dit project waren:

- contact zoeken met opdrachtgevers (Stefanie en Neelke)
- de interviews met de huisartsen organiseren:
  - o vragenlijst maken (Stefanie en Neelke)
  - o huisartsen bellen. (Stefanie en Neelke)
  - o huisartsen selecteren (Neelke)
- Artikelen zoeken voor de literatuurstudie (Kim, Annemarie en Martine)
- Artikelen lezen en uitwerken (Annemarie, Kim, Martine, Neelke en Stefanie)
- Het verslag maken:
  - o Samenvatting (Neelke)
  - o Inleiding (Annemarie)
  - o Methoden
    - Artikelen (Stefanie)
    - Interviews (Neelke)
  - o Resultaten
    - Artikelen (Kim)
    - Interviews (Stefanie)
  - o Conclusie (Annemarie)
  - o Discussie (Annemarie)
  - o Het verslag een geheel maken (Martine en Annemarie)
  - o Referenties (Annemarie)
- Presentatie maken (Martine)
- Presentatie houden (Martine)
- Samenwerkingsverslag maken (Neelke)

We zijn van mening dat het samenwerkingsproces erg goed is verlopen. Naar ons idee heeft iedereen een gelijkwaardige bijdrage geleverd aan het tot stand brengen van het eindproduct. Om eerlijk te zijn hebben we niet echt een groot discussiemoment gehad. De neuzen stonden gedurende het gehele proces dezelfde kant op, niemand kon een discussie moment bedenken. Wel hebben we elkaar bijgestuurd, iedereen stuurde elkaar haar stuk om het te laten controleren. Dit zorgde voor een fijne samenwerking omdat iedereen ook echt haar mening kon geven over het geschrevene van een ander en hier werd ook echt wat mee gedaan. Kortom wij vonden het een prettige samenwerking met elkaar.