BOV met succes verbreed!

Dataverwerking

Project Bewegen op Voorschrift

In Leuven, 2013-2014

Maart 2015

PROJECTUITVOERDER

Riso Vlaams-Brabant
Eenmeilaan 2, 3010 Kessel-Lo, www.risovlb.be

INLEIDING

Het project Bewegen Op Voorschrift (BOV) wil een gezonde levensstijl promoten en gaat voor de uitdaging om mensen, met beïnvloedbare verhoogde gezondheidsrisico's en inactieve leefstijl, duurzaam aan het bewegen te krijgen met gezondheidswinst op fysisch, mentaal en sociaal vlak. BOV heeft hier specifieke aandacht voor maatschappelijk kwetsbare deelnemers. BOV wil op deze manier bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidskloof.

Dit project werd de voorbije jaren met succes uitgebouwd in Leuven door Riso Vlaams-Brabant en het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt. Het werd in de eerste[1] en tweede[2] fase uitgerold vanuit de praktijk van het WGC; in de derde fase werd de methodiek - waarbij de focus sterk lag bij mensen in armoede – verbreed naar mensen met gezondheidsrisico's binnen de algemene bevolking, naar de toegankelijkheid/bruikbaarheid door een breed netwerk van huisartsen en naar een verruimde participatie van beweegcoaches. Hiervoor kregen we via het Agentschap Zorg en Gezondheid middelen van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin minister Jo Vandeurzen voor 2013 en 2014.

Dit rapport is gebaseerd op de analyse van de intakegegevens van 308 deelnemers en de evaluaties van 108 personen en beslaat de periode mei 2013 – 30 november 2014. De intakes en evaluaties duurden telkens een uur en tijdens het gesprek werden diverse aspecten zoals dagelijks beweegpatroon, interesses en noden, … bevraagd. De antwoorden werd meteen in een digitaal dossier opgenomen.[3]

De onderzoeksvragen en hypothesen vloeien rechtstreeks voort uit het ministerieel besluit zoals opgesteld door het kabinet en het Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze vragen vormen meteen ook de basisstructuur van het rapport. We gaan hierbij uit van de reeds voldoende wetenschappelijk bewezen gezondheidswinst door beweging.

We hopen dat deze rapportage en evaluatie van het pilootproject toelaten om enerzijds het belang en de zinvolheid van het project Bewegen Op Voorschrift te schetsen en een verdere uitrol in Vlaanderen te beargumenteren. Daarnaast kunnen we hiermee de coachingspraktijk en het registratiesysteem nog verder bijsturen.

Veel leesplezier!

Liesbeth Smeyers,
in naam van het projectleidersteam met
Wouter Goris en Femke Deboutte,
BOV-coaches, Eline Roex, Stijn Van Driessche, Nico Devos en Jan Dekeyzer
en opbouwwerkster, Patricia Decraene

www.bovleuven.be
www.risovlb.be
www.wgcridderbuurt.be

[1] 2011, middelen Koning Boudewijn Stichting
[2] 2012, o.a. middelen 'Armoede in beweging' van de provincie Vlaams-Brabant
[3] R2improve maakte de analyses op basis van de aangeleverde basisgegevens uit het digitaal registratiesysteem

INHOUD

1. Lukt de doelgroepverbreding? p. 3

1.2. Kwalitatieve gegevens: profiel deelnemers p. 3

Conclusie p. 11

2. Lukt de verbreding naar de Leuvense huisartsen? p. 12

2.1. Totaal aantal doorverwijzende artsen p. 12

2.2. Aantal doorverwijzingen per arts p. 14

2.3. Informatie op het voorschrift p. 15

2.4. Doorverwijzing van mensen met Omnio/VT p. 17

Conclusie p. 18

3. Is het voorschrift een belangrijke motivator? p. 19

3.1. Instroomkanalen voor BOV p. 19

3.2. Heeft het voorschrift gemotiveerd om te bewegen? p. 19

3.3. Is het voorschrift voldoende om mensen te motiveren om naar de BOV-coach te gaan? p. 20

Conclusie p. 21

4. Vinden de patiënten de weg naar de centrale locatie? p. 22

Conclusie p. 22

5. Kwaliteit van de BOV-coaching p. 23

5.1. Verloop van de coachings p. 23

5.2. Gevolgde beweegplannen p. 25

5.3. Uitgewerkte voorbeelden van BOV-coachingstrajecten p. 31

5.4. Wat vinden deelnemers van het aanbod, de eigen deelname en de prijs? P. 36

Conclusie p. 39

6. Effecten van BOV-coaching op de deelnemer p. 40

6.1. Effecten op de algemene gezondheid p. 40

6.2. Effecten op de mate van beweging p. 41

6.3. Effecten op BMI en gewicht p. 49

6.4. Effecten op mentaal vlak: energie- en stressniveau p. 52

6.5. Andere effecten van BOV-coaching op deelnemers p. 58

Conclusie p. 64

7. Algemene conclusie p. 65

1. LUKT DE 'DOELGROEPVERBREDING'?[4]

1.1. Kwantitatieve gegevens

Het totaal aantal bereikte mensen of het aantal intakes vanaf 6 mei 2013 tot 7 november 2014 bedraagt 308 (= 18 maanden).

Opmerking: dit cijfer betreft de instroom van nieuwe BOV-deelnemers vanaf mei 2013. Die eerste maanden coachten we ook nog een veertigtal die de vorige maanden (sinds 2010 of begin 2013) in het project ingestapt waren.

In totaal hebben sinds de start van BOV in Leuven in 2010 tot eind december 2014 544 mensen een coachingstraject gestart.

1.2. Kwalitatieve gegevens: PROFIEL DEELNEMERS

1.2.1. Geslacht

Er zijn opvallend **meer vrouwelijke BOV-deelnemers** dan mannelijke. Een verklaring hebben we niet meteen hiervoor.

		Frequency	Valid Percent
Valid	M	96	31,4
	V	210	68,6
	Total	306	100,0
Missing	99	2	
Total		308	

Tabel 1: geslacht deelnemers

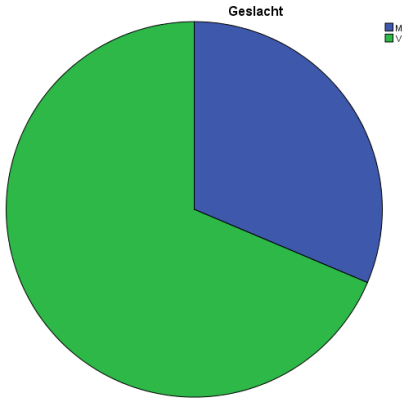


Diagram 1: geslacht deelnemers

1.2.2. Leeftijden

De **meest vertegenwoordigde leeftijden zijn 46 - 65 jaar (45,2%),** gevolgd door 36 – 45 jaar (24,5%).

Onze doelgroep start normaal gezien maar op 18 jaar. Toch werden 4 mensen jonger dan 18 jaar begeleid. Deze 4 mensen werden op aandringen van (bij gebrek aan alternatieven) een hulpverlener (Lovenjoel) of arts toch gecoacht.

[4] De resultaten van dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de analyse van de volledige dataset (308 deelnemers), tenzij anders vermeld .

		Frequency	Valid Percent
Valid	<18 jaar	4	1,4
	18 - 25 jaar	18	6,1
	26 - 35 jaar	44	15,0
	36 - 45 jaar	72	24,5
	46 - 65 jaar	133	45,2
	>65 jaar	23	7,8
	Total	294	100,0
Missing	0	14	
Total		308	

Tabel 2: leeftijd deelnemers

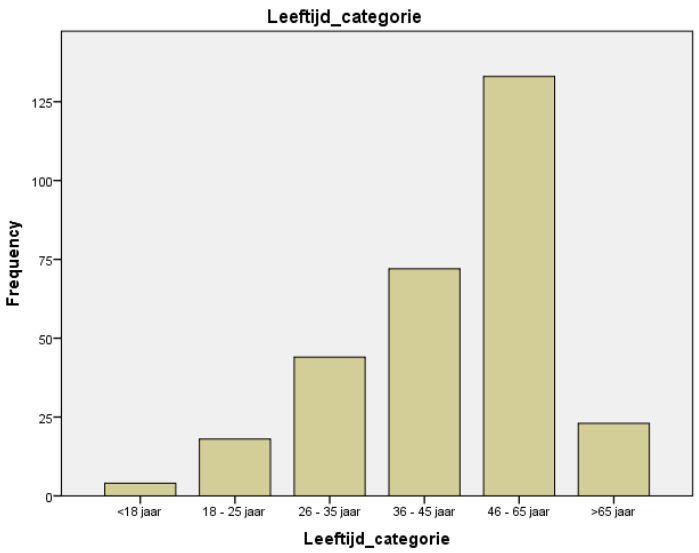


Diagram 2: leeftijd deelnemers

1.2.3. Opleidingsniveau

Inzake opleiding stellen we vast dat **37,8 %** van de BOV-deelnemers een **diploma hoger middelbaar** (tot 18 jaar) behaalde. Een belangrijk percentage behaalde een hogeschooldiploma (27,1%) of universitair diploma (18,4 %). In het kader van het werken met maatschappelijk kwetsbaren is het van belang op te merken dat 3% slechts de lagere school (tot 12 jaar) doorliep en 12,4 % lager middelbaar (tot 15 jaar). Binnen dit aspect werd ook gekeken of er al dan niet een verband was met nationaliteit/origine. Hier konden geen significante verschillen vastgesteld worden.

Als we deze cijfers vergelijken met de gegevens tot augustus 2014, zien we een lichte stijging in het aantal mensen met een lager opleidingsniveau. Dit kan louter toevallig zijn, maar valt wel op.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Lagere school (tot 12 jaar)	9	3,0
	Lager Middelbaar (tot 15 jaar)	37	12,4
	Hoger middelbaar (tot 18 jaar)	113	37,8
	Hogeschool	81	27,1
	Universiteit	55	18,4
	Andere	4	1,3
	Total	299	100,0
Missing	99	9	
Total		308	

Tabel 3: opleidingsniveau deelnemers

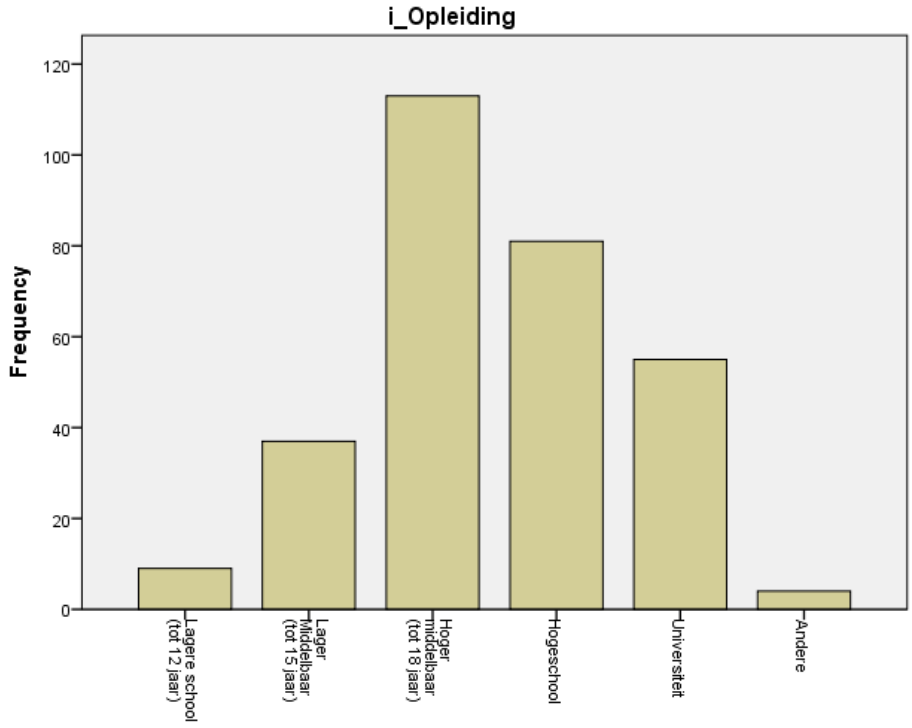


Diagram 3: opleidingsniveau deelnemers

1.2.4. Financiële ondersteuning (omnio of VT)

Voor wat betreft de **financiële ondersteuning** die de deelnemers eventueel genoten, werd binnen de analyse geen onderscheid gemaakt tussen een OMNIO statuut of statuut Verhoogde Tegemoetkoming (VT). Dit kon immers niet bepaald worden op basis van het vignet. Vanaf 2014 komen beide statuten onder de noemer van VT.

Van alle respondenten blijkt **36,8 % een tegemoetkoming** te krijgen, of 107 personen van de 308. Indien eveneens gekeken wordt naar de origine dan ligt het aantal iets hoger bij niet-Belgen (56,1%, zie 1.2.6.). Het is echter belangrijk om op te merken dat er hier wellicht sprake is van een grey of dark number nl. mensen die wel recht zouden hebben op VT/OMNIO maar hier nog geen aanspraak op maakten (situatie van onderbescherming).

		Frequency	Valid Percent
Valid	ja	107	36,8
	neen	184	63,2
	Total	291	100,0
Missing	99	17	
Total		308	

Tabel 4: deelnemers met VT/omnio-statuut

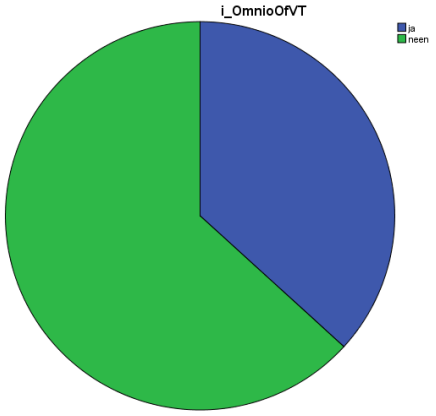


Diagram 4: deelnemers met VT/omniostatuut

1.2.5. Werksituatie

34,7 % van de BOV-deelnemers is **werkende** tijdens de coaching. Belangrijk is op te merken dat ongeveer **26%** van de deelnemers **arbeidsongeschikt** is. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de werksituatie van de deelnemers.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Werkend	104	34,7
	Werkzoekend/werkloos	55	18,3
	Student	16	5,3
	Gepensioneerd	40	13,3
	Arbeidsongeschikt	79	26,3
	Huisvrouw/huisman	2	,7
	Andere	4	1,3
	Total	300	100,0
Missing	99	8	
Total		308	

Tabel 5: werksituatie deelnemers

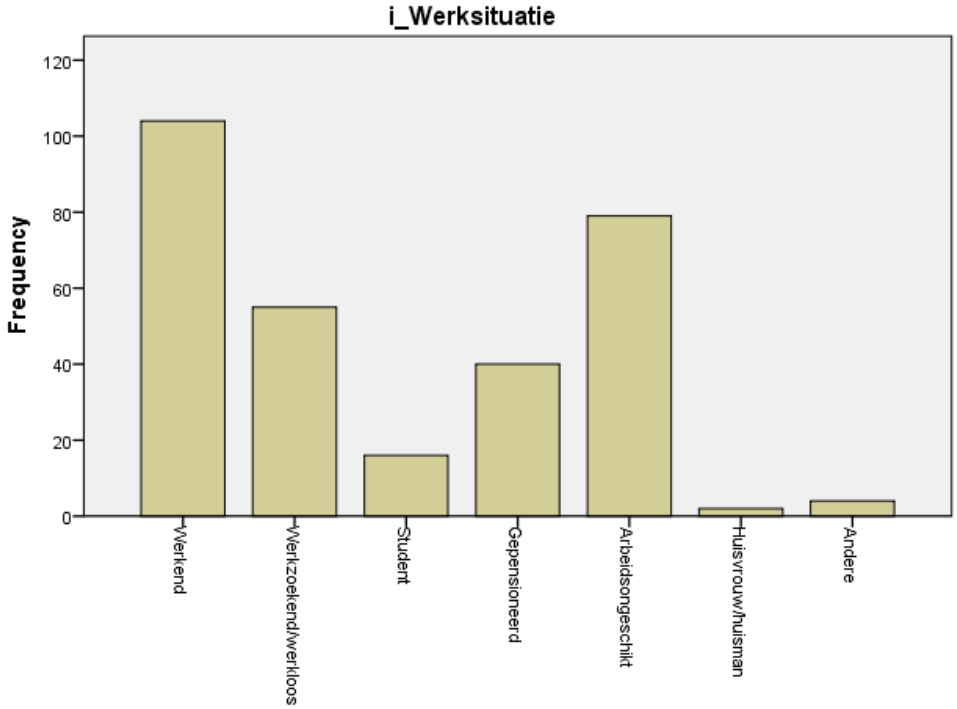


Diagram 5: werksituatie deelnemers

Wanneer we 'Werkzoekend/werkloos' en 'Arbeidsongeschikt' samenvoegen tot 'Niet werkend' zien we dat dit het grootste aandeel bedraagt (45,3%):

		Frequency	Valid Percent
Valid	Werkend	104	34,7
	Niet werkend	136	45,3
	Student	16	5,3
	Gepensioneerd	40	13,3
	Andere	4	1,3
	Total	300	100,0
Missing	99	8	
Total		308	

Tabel 6: werksituatie deelnemers

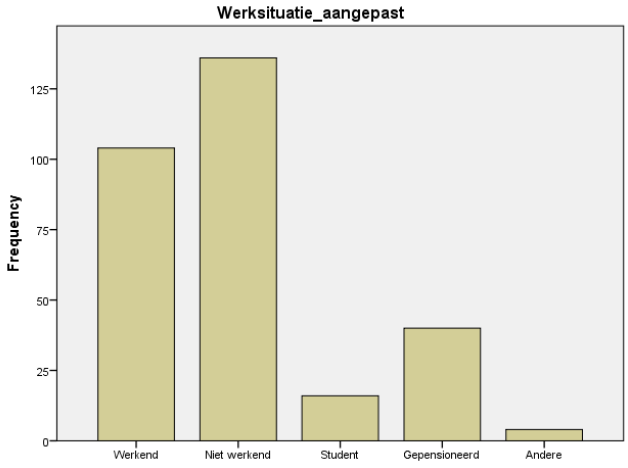


Diagram 6: werksituatie deelnemers

1.2.6. Origine en nationaliteit

Binnen de analyse werd ervoor gekozen om een onderscheid te maken tussen nationaliteit en origine.
Als we kijken naar **nationaliteit is 14,4%** geen Belg. Als we kijken naar **origine is 24,2%** van niet-Belgische origine.

NATIONALITEIT

		Frequency	Valid Percent
Valid	Belg	261	85,6
	Niet-Belg	44	14,4
	Total	305	100,0
Missing	99	3	
Total		308	

Tabel 7: nationaliteit deelnemers

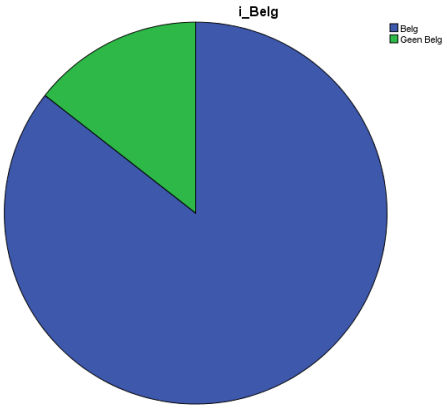


Diagram 7: nationaliteit deelnemers

ORIGINE

Daar origine meer relevantie heeft dan nationaliteit, behouden we enkel de cijfers over origine.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Belgische origine	225	75,8
	Niet- Belgische origine	72	24,2
	Total	297	100,0
Missing	99	11	
Total		308	

Tabel 8: origine deelnemers

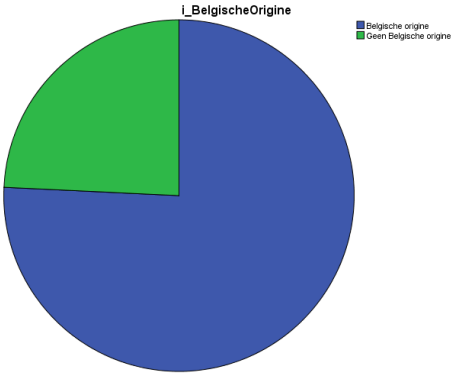


Diagram 8: origine deelnemers

Deze tabel biedt een volledig overzicht van de origine van de deelnemers. Inzake origine is er geen groot verschil in aantal personen die van een zelfde land komen: de Nepalese groep vormt de grootste (3,4%) gevolgd door de Marokkaanse (2,4%), de Ethiopische en Iranese (1,7%). De niet-Belgen zijn tevens vooral niet-EU burgers.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Afghanistan	2	,7
	Aruba	1	,3
	België	225	75,8
	Burundi	2	,7
	Congo	3	1,0
	Djibouti	1	,3
	Egypte	1	,3
	Ethiopië	5	1,7
	Filipijnen	1	,3
	Ghana	3	1,0
	India	1	,3
	Indonesië	1	,3
	Irak	4	1,3
	Iran	5	1,7
	Kameroen	2	,7
	Letland	2	,7
	Maleisië	1	,3
	Marokko	7	2,4
	Mongolië	4	1,3
	Nederland	3	1,0
	Nepal	9	3,0
	Nigeria	2	,7
	Pakistan	1	,3
	Portugal	1	,3
	Rusland	2	,7
	Rwanda	1	,3
	Slovakije	1	,3
	Somalië	2	,7
	Syrië	1	,3
	Tanzania	1	,3
	Zuid-Afrika	2	,7
	Total	297	100,0
Missing	99	11	
Total		308	

Tabel 9: land van origine

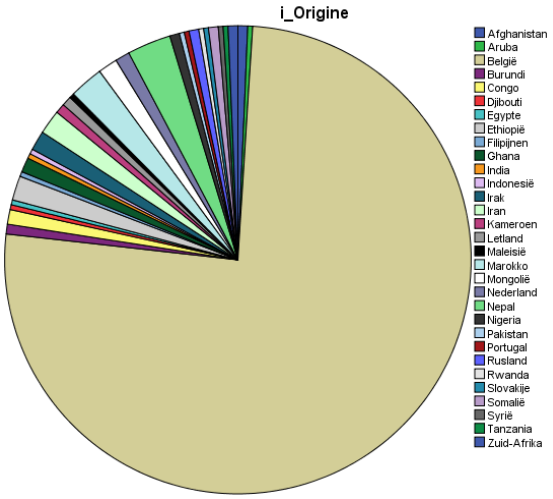


Diagram 9: land van origine

OPLEIDING EN ORIGINE

Zoals eerder vermeld was er geen duidelijk verband vastgesteld tussen opleidingsniveau en origine of nationaliteit (zie 1.2.3.). Enkel is er een significant verschil in het aantal mensen met een diploma lager onderwijs.

Van de groep van **Belgische origine** heeft:

- 1,4% (3 pers.) enkel een diploma lager onderwijs.
- 11,8% (26 pers.) enkel een diploma lager middelbaar.
- 38,9% (86 pers.) enkel een diploma hoger middelbaar.
- 27,6% (61 pers.) een diploma hogeschool.
- 19,5% (43 pers.) een diploma universiteit.

Van de groep van **niet-Belgische origine** heeft:

- 8,8% (6 pers.) enkel een diploma lager onderwijs.
- 14,7% (10 pers.) enkel een diploma lager middelbaar.
- 35,3% (24 pers.) enkel een diploma hoger middelbaar.
- 22,1% (15 pers.) een diploma hogeschool.
- 17,6% (12 pers.) een diploma universiteit.

			i_BelgischeOrigine		Total
			Belgische origine	Geen Belgische origine	
i_Opleiding	Lagere school (tot 12 jaar)	Count	3	6	9
		% within i_Belgische origine	1,4%	8,8%	3,1%
	Lager Middelbaar (tot 15 jaar)	Count	26	10	36
		% within i_Belgische origine	11,8%	14,7%	12,5%
	Hoger middelbaar (tot 18 jaar)	Count	86	24	110
		% within i_Belgische origine	38,9%	35,3%	38,1%
	Hogeschool	Count	61	15	76
		% within i_Belgische origine	27,6%	22,1%	26,3%
	Universiteit	Count	43	12	55
		% within i_Belgische origine	19,5%	17,6%	19,0%
	Andere	Count	2	1	3
		% within i_Belgische origine	0,9%	1,5%	1,0%
Total		Count	221	68	289
		% within i_BelgischeOrigine	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 10: opleiding en origine deelnemers

OMNIO/VT EN ORIGINE

Er zijn **meer mensen van niet-Belgische origine met omnio/VT statuut** dan Belgen met omnio/VT. Van de groep van niet-Belgische origine heeft 56,1% (37 pers.) omnio of VT. Van de groep van Belgische origine heeft 31,5% (68 pers.) omnio of VT.

			i_Belgische origine		Total
			Belgische origine	Geen Belgische origine	
i_OmnioOfVT	ja	Count	68	37	105
		% within i_BelgischeOrigine	31,5%	56,1%	37,2%
	neen	Count	148	29	177
		% within i_BelgischeOrigine	68,5%	43,9%	62,8%
Total		Count	216	66	282
		% within i_BelgischeOrigine	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 11: VT statuut en origine

HUISARTSEN EN ORIGINE

Bij de mensen van niet-Belgische origine is de grootste groep doorverwezen door een huisarts uit WGC De Ridderbuurt (55,6%).

Van de groep van **Belgische origine** komt:

- 12% (26 pers.) via een huisarts van WGC de Ridderbuurt.
- 5,1% (11 pers.) via een huisarts van WGC de Central.
- 82,9% (179 pers.) via een externe[5] huisarts.

Van de groep van **niet-Belgische origine** komt:

- 55,6% (40 pers.) via een huisarts van WGC de Ridderbuurt.
- 12,5% (9 pers.) via een huisarts van WGC de Central.
- 31,9% (23 pers.) via een externe huisarts.

			i_Belgische origine		Total
			Belgische origine	Geen Belgische origine	
opdeling_artsen	Ridderbuurt	Count	26	40	66
		% within i_Belgische origine	12,0%	55,6%	22,9%
	Central	Count	11	9	20
		% within i_Belgische origine	5,1%	12,5%	6,9%
	Extern	Count	179	23	202
		% within i_Belgische origine	82,9%	31,9%	70,1%
Total		Count	216	72	288
		% within i_Belgische origine	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 12: doorverwijzingen en origine

[5] We spreken van 'externe' huisarts om aan te geven dat de huisarts niet in een van beide WGCa werkt. Deze benaming komt voort uit de eerste projectperiodes waarbij BOV enkel 'intern', dus binnen de twee WGCa uitgevoerd werd.

CONCLUSIE m.b.t. de doelgroepverbreding

Er zijn opvallend **meer vrouwelijke BOV-deelnemers (68,6%)** dan mannelijke. Dit was ook zo in de eerste tussentijdse evaluatie (67%). Voorlopig hebben we hiervoor geen verklaring.

De **meest vertegenwoordigde leeftijden zijn 46 – 65 jaar (45,2%)**, gevolgd door 36 – 45 jaar (24,5%).

14,4% van de deelnemers heeft niet de Belgische nationaliteiten **24,2% heeft een niet-Belgische origine**.[6] Van de groep van niet-Belgische origine is 55,6 % doorverwezen door een huisarts uit WGC De Ridderbuurt. Bij de eerste evaluatie had 16% van de deelnemers niet de Belgische nationaliteit en was 34% van niet-Belgische origine, d.w.z. dat er een lichte daling is. Ook dit wijst op een succesvolle verbreding.

BOV bereikt **een ruimere groep dan enkel maatschappelijk kwetsbare groepen** (MKG). 34,7% van de BOV-deelnemers is werkende tijdens de coaching, 37,8% heeft een diploma hoger middelbaar (tot 18 jaar) en 18,4% behaalde een universitair diploma. Ook mensen zonder financiële problemen nemen aan BOV deel.

Tegelijk **bereiken we voldoende kwetsbare doelgroepen**:

- Qua opleidingsniveau bereiken we niet de 'normale curve in de samenleving'. Het p**ercentage eerder laag opgeleide mensen binnen BOV is relatief hoog met 53,2%** (3,0% lagere school (tot 12 jaar), 12,4% lager middelbaar (tot 15 jaar), 37,8% hoger middelbaar (tot 18 jaar)).
- We bereiken **meer mensen met VT/omnio statuut** (36,8%) dan er percentueel in Leuven leven (14%)[7].
- Het is bovendien niet enkel via de wijkgezondheidscentra dat deze mensen de weg vinden naar BOV. 60% van de VT/omnio-gerechtigden werden doorgestuurd door externe artsen. Dit is een stijging in vergelijking met de eerste evaluatie.
- De niet-werkenden (werkzoekend/werkloos en arbeidsongeschikt) nemen het grootste percentage in 45,3%, maar tegelijk is 34,7% werkend tijdens de coaching.

We kunnen dus stellen dat de' verbreding' naar een ruimere groep Leuvenaars lukt, én dat we tegelijkertijd de maatschappelijk kwetsbare groepen niet uit het oog verliezen.

[6] *Ter vergelijking met de hele Leuvense bevolking*: daar heeft 16,28% een niet-Belgische nationaliteit (1.1.2014, website stad Leuven), 7,76% is niet-Belg uit een EU-land en 8,52% heeft een andere nationaliteit. In Leuven leven 154 verschillende nationaliteiten. BOV-deelnemers komen uit 30 verschillende landen, buiten België.

[7] Zie data provincie Vlaams-Brabant http://www.vlaamsbrabant.be/over-de-provincie/info-voor-lokale-besturen/statistische-databank/tabellen-grafieken-kaarten-doclijst/index.jsp.

2. LUKT DE VERBREDING VAN HET PROJECT NAAR ALLE LEUVENSE HUISARTSEN?[8]

Een van de doelstellingen was om naast de huisartsen van de beide WGCa in Leuven ook andere huisartsen als doorverwijzers te betrekken in het BOV-project. In wat volgt gaan we na of en in welke mate dit gelukt is.

2.1 Totaal aantal doorverwijzende artsen

2.1.1. Totaal aantal doorverwijzende artsen

In totaal hebben tussen mei 2013 en november 2014 110 huisartsen kandidaten doorverwezen naar het BOV-project. Daarbij ging het om 14 huisartsen uit de twee WGCa – 10 huisartsen verbonden aan de WGC Ridderbuurt en 4 verbonden aan WGC Central – en 96 externe artsen. Op basis van de dossiergegevens kon niet achterhaald worden of het initiatief door de patiënt dan wel door de arts werd genomen.

De huisartsen werden geïnformeerd over het project via een mailing, via voorstellingen op verschillende LOK-vergaderingen en op 2 MCH-navormingen die we mochten verzorgen. Dit gebeurde i.s.m. het LOGO Oost-Brabant.

2.1.2. Verdeling over de verschillende artsengroepen

WGC De Ridderbuurt	WGC De Central	Extern	Totaal
10	4	96	110
9%	4%	87%	100%

Tabel 13: Doorverwijzende artsen

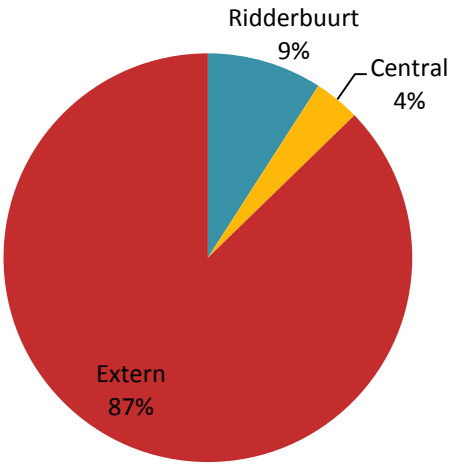


Diagram 10: doorverwijzende artsen

[8] De resultaten van dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de analyse van de volledige dataset (308 deelnemers), tenzij anders vermeld.

2.1.3. Verdeling over de verschillende gemeenten van Leuven en omgeving

We zien dat de meeste doorverwijzingen uit het centrum van Leuven komen, gevolgd door Kessel-Lo. Wellicht heeft de aanwezigheid van het WGC De Central hiermee te maken. 14,1 % van de doorverwijzende artsen hebben een praktijk buiten Leuven.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Wilsele	24	8,1
	Wijgmaal	2	0,7
	Kessel-Lo	63	21,2
	Heverlee	17	5,7
	Leuven	149	50,2
	andere	42	14,1
	Total	297	100,0
Missing	99	11	
Total		308	

Tabel 14: locatie doorverwijzende artsen (deelgemeenten Leuven)

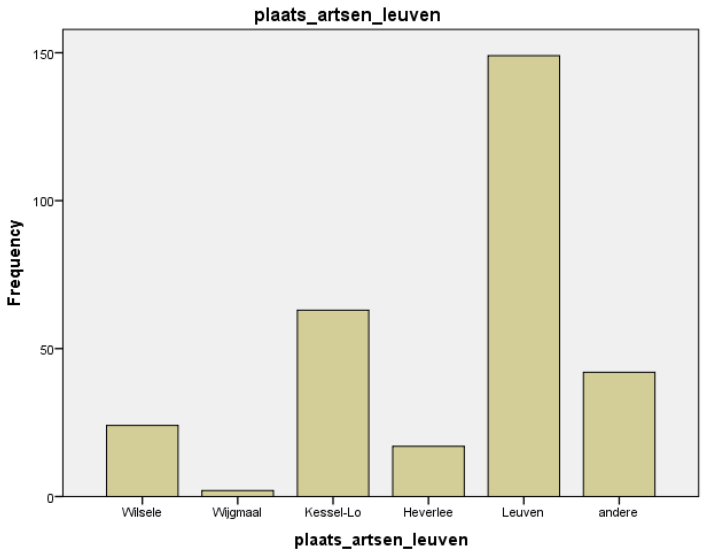


Diagram 11: locatie doorverwijzende artsen (deelgemeenten Leuven)

We zien dus dat ook artsen van buiten Leuven patiënten doorverwijzen naar BOV. Linden, Kortenberg en Korbeek-Lo steken er bovenuit. Voor Kortenberg is dat mogelijks vanuit de psychiatrische instelling. De artsen uit omliggende gemeenten kennen BOV waarschijnlijk uit de voorstellingen op de LOK's. Hoe anderen (bv. Aarschot) BOV kennen, weten we niet.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Wilsele	24	8,1
	Wijgmaal	2	,7
	Kessel-Lo	63	21,2
	Heverlee	17	5,7
	Leuven	149	50,2
	Binkom	2	,7
	Linden	6	2,0
	Kortenberg	5	1,7
	Herk de stad	2	,7
	Kampenhout	1	,3
	Sint-Joris-Weert	1	,3
	Oud-Heverlee	2	,7
	Tildonk	1	,3
	Korbeek-Lo	5	1,7
	Nieuwrode	2	,7
	Leefdaal	2	,7
	Holsbeek	1	,3
	Bertem	1	,3
	Winksele	2	,7
	Veltem-Beisem	1	,3
	Aarschot	1	,3
	Nederokkerzeel	1	,3
	Tremelo	1	,3
	Herent	1	,3
	Tienen	1	,3
	Baal	1	,3

	Neerijse	1	,3
	Rotselaar	1	,3
	Total	297	100,0
Missing	99	11	
Total		308	

Tabel 15: locatie doorverwijzende artsen omgeving Leuven

2.2. Aantal doorverwijzingen per arts

2.2.1. Aantal doorverwijzingen per arts

We beschikken over gedetailleerde aantallen per arts. Deze zijn opvraagbaar indien gewenst, het lijkt ons echter niet nodig om deze hier met naam weer te geven.

Wel geven we enkele cijfers weer:

- Het aantal doorverwijzingen per arts is zeer uiteenlopend
- Max aantal doorverwijzingen per arts: 13
- Minimum: 1
- Gemiddeld: 297 / 110 artsen: 2,7 doorverwijzingen per arts (meestal tussen 1 en 4)
- Opvallend is dat we een aantal 'pieken' zien, echte 'fans' van BOV (6 tot 13 doorverwijzingen), en een aantal artsen die slechts 1 tot 2 patiënten doorverwezen.
- Het aantal artsen dat maar 1 patiënt doorverwees is kleiner dan bij de eerste tussentijdse evaluatie! Zonder het expliciet te vragen, zouden we durven stellen dat de tevredenheid van de artsen gestegen is (voorzichtige hypothese).
- Opvallend is wel dat de artsen verbonden aan de wijkgezondheidscentra gemiddeld meer patiënten doorverwezen gaande van 1 t.e.m. 13. Een verklaring hiervoor is wellicht dat deze artsen meer vertrouwd zijn met BOV én dat in de multidisciplinaire praktijk van het WGC ook andere werknemers de arts hierover aanspreken.

2.2.2. Verdeling van deze doorverwijzingen over de wijkgezondheidscentra en 'externe' huisartsen

We zien dat het gemiddelde aantal doorverwijzingen hoger ligt bij de 2 WGCa dan bij de andere artsen. Dit is ongetwijfeld gerelateerd aan de doelgroepomschrijving én aan de oorspronkelijke start van BOV binnen de setting van de WGCa.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Ridderbuurt	69	23,2
	Central	21	7,1
	Extern	207	69,7
	Total	297	100,0
Missing	99	11	
Total		308	

Tabel 16: aantal doorverwijzingen vanuit Ridderbuurt/Central/extern

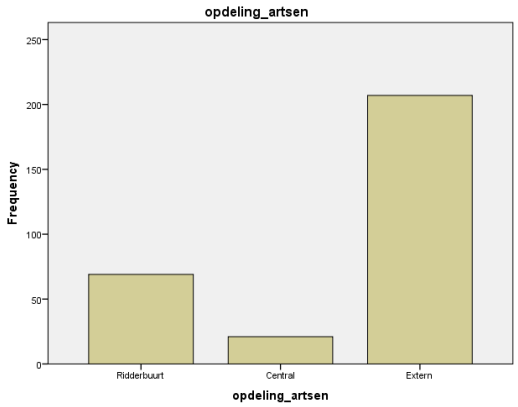


Diagram 12: aantal doorverwijzingen vanuit Ridderbuurt/Central/extern

2.3. Informatie op het voorschrift

2.3.1. Reden van doorverwijzing (op het voorschrift)

De drie belangrijkste verwijsredenen volgens de respondenten (N = 273) die op voorschrift werden doorverwezen waren**: reconditionering** (45,8 %), o**vergewicht** (41,4 %) en **bewegen als preventie** (39,2 %). De tabel geeft een volledig overzicht van de verwijsredenen. Belangrijk is wel om op te merken dat de respondenten meerdere antwoorden konden aanduiden.[9] Bij 35 personen werd geen verwijsreden aangegeven op het voorschrift.

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Verwijsreden[a]	273	88,6%	35	11,4%	308	100,0%

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Verwijsreden[a]	Bewegen als Preventie	107	18,0%	39,2%
	Beweegnorm 30' halen	33	5,5%	12,1%
	Reconditionering	125	21,0%	45,8%
	Gewrichtsproblemen	55	9,2%	20,1%
	Overgewicht	113	19,0%	41,4%
	Psychosomatische problemen	58	9,7%	21,2%
	Psychosociale problemen	40	6,7%	14,7%
	Hart- en vaatziekten	23	3,9%	8,4%
	Diabetes	10	1,7%	3,7%
	Osteoporose	5	0,8%	1,8%
	Longaandoeningen	4	0,7%	1,5%
	Andere	23	3,9%	8,4%
Total		596	100,0%	218,3%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabel 17: verwijsreden

Opmerking: Het kan ook interessant zijn om van artsen zelf mondeling te horen waarom ze doorverwijzen. Het zou immers kunnen dat ze bv. weinig 'psycho-sociaal' aanduiden omdat dat dit stigmatiserend zou kunnen zijn voor de patiënten? En veel reconditionering omdat dat een grote term is waar veel onder kan vallen? We nemen hieruit mee dat het voorschrift verdere verfijning vraagt. Zo weten we bv. ook uit de praktijk dat sommige patiënten diabetes hebben, maar dat dit niet op het voorschrift als reden staat. Het is ook te zien of de verwijsreden van de patiënt overeenkomen met de verwijsreden van de arts.

Volgens opdeling van de artsen

We kunnen een licht verschil zien in doorverwijzingsredenen bij de verschillende artsengroepen.
Huisartsen uit WGC De Ridderbuurt verwijzen voornamelijk door voor:

- Overgewicht (37,5% v.d. door hen doorverwezen personen)
- Reconditionering (34,4% v.d. door hen doorverwezen personen)
- Bewegen als preventie (29,7% v.d. door hen doorverwezen personen)

Huisartsen uit WGC De Central verwijzen voornamelijk door voor:

- Overgewicht (47,6% v.d. door hen doorverwezen personen)
- Bewegen als preventie (38,1% v.d. door hen doorverwezen personen)
- Reconditionering (28,6% v.d. door hen doorverwezen personen)

Externe artsen verwijzen voornamelijk door voor:

- Reconditionering (52,8% v.d. door hen doorverwezen personen)

[9] Gemiddeld werden er twee antwoorden per respondent gegeven; in totaal 596 antwoorden.

- Overgewicht (42,8% v.d. door hen doorverwezen personen)
- Bewegen als preventie (42,2% v.d. door hen doorverwezen personen

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opdeling_artsen*$Verwijsreden	265	86,0%	43	14,0%	308	100,0%

Tabel 18: aantal respondenten/verwijsreden

		Verwijsreden[a]												Total
		Bewegen als Preventie	Beweeg-norm 30' halen	Recon-ditio-nering	Ge-wrichts-proble-men	Over-gewicht	Psycho-soma-tische proble-men	Psycho-sociale proble-men	Hart- en vaat-ziekten	Dia-betes	Osteo-porose	Long-aan-doe-ningen	An-dere	
Ridd.	Count	19	7	22	17	24	15	8	3	2	0	0	5	64
	% within opdeling_artsen	29,7%	10,9%	34,4%	26,6%	37,5%	23,4%	12,5%	4,7%	3,1%	0,0%	0,0%	7,8%	
Cent.	Count	8	0	6	4	10	4	4	2	1	0	0	0	21
	% within opdeling_artsen	38,1%	0,0%	28,6%	19,0%	47,6%	19,0%	19,0%	9,5%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	
Ext.	Count	77	24	95	34	76	38	28	18	6	5	3	17	180
	% within opdeling_artsen	42,8%	13,3%	52,8%	18,9%	42,2%	21,1%	15,6%	10,0%	3,3%	2,8%	1,7%	9,4%	
Total	Count	104	31	123	55	110	57	40	23	9	5	3	22	265

Percentages and totals are based on respondents.
a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabel 19: Opdeling artsen/verwijsreden

2.3.2. Medicatie, aangeduid op het voorschrift

In totaal hebben de 169 respondenten 372 antwoorden aangekruist, dat is gemiddeld ongeveer 2 antwoorden per respondent. 139 respondenten hebben geen enkele mogelijkheid aangekruist; Zij nemen geen medicatie óf de vraag werd niet ingevuld (kan niet nagegaan worden).

De volgende medicatie wordt voornamelijk ingenomen:

- Antidepressiva (37,9% v.d. resp.);
- Slaapmedicatie (34,3% v.d. resp.);
- Medicatie m.b.t. een hoge of lage BD (27,2% v.d. resp.)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
$Medicatie[a]	169	54,9%	139	45,1%	308	100,0%

Tabel 20: aantal respondenten/medicatie

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Medicatie[a]	Bloedverdunners	23	6,2%	13,6%
	Betablokkers	35	9,4%	20,7%
	hoge/lage BD	46	12,4%	27,2%
	COPD/astma	18	4,8%	10,7%

	Cholesterolverlagers	38	10,2%	22,5%
	Antipsychotica	15	4,0%	8,9%
	Pijnstillers	25	6,7%	14,8%
	Ontstekingsremmers	13	3,5%	7,7%
	Spierverslappers	10	2,7%	5,9%
	Slaapmedicatie	58	15,6%	34,3%
	Antidepressiva	64	17,2%	37,9%
	Antidiabeticum	5	1,3%	3,0%
	Andere	22	5,9%	13,0%
Total		372	100,0%	220,1%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabel 21: medicatie aangeduid op voorschrift

2.4. Doorverwijzing van mensen met Omnio/VT –statuut

Zoals verwacht hebben patiënten die doorverwezen werden uit de Ridderbuurt of Central voor de helft (Ridderbuurt) of bijna de helft (De Central) een omnio – of VT statuut. Bij de andere artsen is dit een derde. Dit wil zeggen dat de verbreding naar artsen lukt én dat zij evengoed MKG doorverwijzen.

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opdeling_artsen * i_OmnioOfVT	282	91,6%	26	8,4%	308	100,0%

			i_OmnioOfVT		Total
			ja	neen	
opdeling_artsen	Ridderbuurt	Count	34	28	62
		% within opdeling_artsen	54,8%	45,2%	100,0%
	Central	Count	8	12	20
		% within opdeling_artsen	40,0%	60,0%	100,0%
	Extern	Count	63	137	200
		% within opdeling_artsen	31,5%	68,5%	100,0%
Total		Count	105	177	282
		% within opdeling_artsen	37,2%	62,8%	100,0%

Tabel 22: doorverwijzing van mensen met VT-statuut

CONCLUSIE m.b.t. de verbreding naar externe huisartsen

De **verbreding werkt: 87% van de deelnemers werden doorverwezen door 'externe' huisartsen**, d.w.z. door **97 artsen**. Dit beantwoordt aan de vooropgestelde doelen. Ter vergelijking met de eerste evaluatie: in december 2013 werden 66,7%, en in september 2014 69,7% van de deelnemers door externe huisartsen doorverwezen. Ook dit beantwoordt aan de doelen: BOV geraakt meer en meer bekend bij de artsen.

In totaal zijn er ongeveer 120 artsen actief in regio Leuven, het **meewerkend aantal artsen ligt dus zeer hoog**. Dit wijst erop dat het nodige draagvlak bij de primaire groep doorverwijzers gerealiseerd werd. Hier moeten we wel de kanttekening bijplaatsen dat er meer en meer doorverwijzingen komen van buiten Leuven. Tot nu toe hebben we deze toegelaten, we vonden het belangrijk in de groei van BOV om ook deze artsen en hun patiënten verder te helpen.

Nog steeds heeft een aantal artsen slechts 1 persoon doorgestuurd. Het **gemiddelde ligt bij 2,7 doorverwijzingen per arts** (meestal tussen 1 en 4). Het maximum is 13 aangekomen doorverwijzingen. Huisartsen aangesloten bij een WGCa verwijzen gemiddeld meer deelnemers door. Interessant zou zijn het profiel van de huisartsen die het meest doorverwijzen te onderzoeken.

De meest voorkomende **redenen van doorverwijzing** zijn **'reconditionering', 'overgewicht', 'bewegen als preventie' en 'gewrichtsproblemen'** (cfr eerste en tweede evaluatie). Doorverwijzing om psychosomatische redenen komt in deze evaluatie als vierde reden aan bod, dit was niet zo in de eerste twee evaluaties. Dit gold in de eerste evaluatie wél voor huisartsen uit de wijkgezondheidscentra.

De meest ingenomen medicaties bij de intake zijn: slaapmedicatie, antidepressiva en medicatie voor hoge/lage bloeddruk.

Uit gesprekken met artsen blijkt dat de feedback van de coach naar hen zeer belangrijk is. Daar het systeem via Hector niet werkt, doen de coaches dat per e-mail of telefonisch (naargelang de arts dit wenst). We hopen dat e-health in de toekomst daar een oplossing voor zal bieden.

3. IS HET VOORSCHRIFT EEN BELANGRIJKE MOTIVATOR?

3.1. Instroomkanalen voor BOV[10]

In eerste instantie werd de vraag gesteld naar de doorverwijzing nl. op welke wijze kwamen mensen met BOV in contact. In totaal kruisten 269 respondenten (=N) 275 antwoorden aan. 39 mensen antwoordden hier niet op. De tabel maakt duidelijk dat **83,3% van de respondenten aangeeft via artsen en dus met een voorschrift** te zijn ingestroomd. Een minderheid stroomde in via andere kanalen (16,70%): mond aan mond–reclame, via de eigen BOV-groepen, beschut wonen Walden, mobiele teams (art. 107). Aan hen werd een brief meegegeven voor de huisarts om alsnog een voorschrift te vragen om de medische indicaties te kunnen meenemen.

Vraag bij intake: hoe ken je BOV?

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Persoon kent BOV via…[a]	Arts	224	81,50%	83,30%
	andere	51	18,50%	16,70%
Total		275	100,00%	102,20%

Tabel 23: instroomkanalen BOV

Andere doorverwijzers zijn:

kine	7	
andere BOV deelnemer	7	
Andere	7	
Psychiatrie	6	ambulant team, mobiel team, Kortenberg
Maatschappelijk werksters	4	o.a. van Vrindt, WGC De Central
Folder en affiches van BOV	4	in WGC, bij arts, elders
Christelijke Mutualiteit	4	folder yoga, affiche wachtzaal
Diëtiste (o.a. van De Central)	3	
Diabeteseducator, LMN	2	
Beschut Wonen Walden	1	
Portaal	1	
Een beweegtherapeute	1	
buurtwerking	1	
Had vroeger aan BOV deelgenomen	1	
Folder Socialistische mutualiteit	1	
Via aanbod Buurtsport (aerobic)	1	
TOTAAL	51	

Tabel 24: andere doorverwijzers

3.2. Heeft het voorschrift gemotiveerd om te bewegen?[11]

Bij de evaluatie vragen de coaches of het voorschrift en dus advies van de huisarts hen gemotiveerd heeft om te bewegen. 90% van diegenen die hierop antwoordden, zegt van wel[12].

[10] Evaluatie gebaseerd op 269 respondenten.
[11] Evaluatie gebaseerd op 242 respondenten.
[12] Ook hier moeten we bekijken of deze vraag een sociaal wenselijk antwoord genereert.

		Frequency	Valid Percent
Valid	nee	9	10,0
	ja	81	90,0
	Total	90	100,0
Missing	99	152	
Total		242	

Tabel 25: voorschrift als motivator

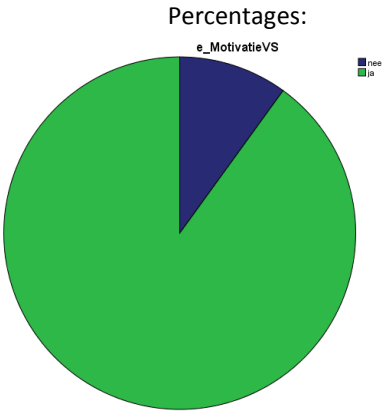


Diagram 13: voorschrift als motivator

3.3. Is het voorschrift voldoende om mensen te motiveren om naar de BOV-coach te gaan?

De onderzoekster kan niet nagaan hoeveel deelnemers een voorschrift gekregen hebben, al dan niet gepaard met een folder van BOV, en hoeveel er daarvan effectief tot bij BOV geraakt zijn. We hebben niet aan de artsen gevraagd om te registreren hoeveel mensen ze een voorschrift geven.

We vermoeden dat artsen meer patiënten doorsturen dan er 'aankomen'.

Nochtans proberen we voor een lage drempel te zorgen door op het voorschrift een duidelijk telefoonnummer of emailadres te zetten, met de vermelding dat men enkel BOV moet sms'en en we bellen terug voor een afspraak.

Steekproef bij de artsen van WGC De Ridderbuurt

Om dit te meten deden we een steekproef bij de artsen van WGC De Ridderbuurt. Op 18 maanden tijd (tussen juni 2013 en 1 december 2014) werden er 149 BOV-voorschriften opgemaakt door de huisartsen van het WGC. 95 patiënten met een BOV-voorschrift maakten een afspraak met een BOV-coach: 70 van hen gaan rechtstreeks naar BOV zelf, terwijl 25 eerst terechtkomen bij de 'interne BOV', d.w.z. een kinesist van de Ridderbuurt zelf die de brug slaat tussen BOV en de Ridderbuurt[13]. Van die 25 stroomden nadien nog 15 mensen door naar de externe BOV.

Conclusie: ongeveer 2 op 3 patiënten met een BOV-voorschrift van huisartsen uit de Ridderbuurt zetten de stap naar een BOV-coach. We kunnen niet zomaar stellen dat dit ook geldt voor patiënten van andere huisartsen. Verder onderzoek zou hierover duidelijkheid kunnen brengen.

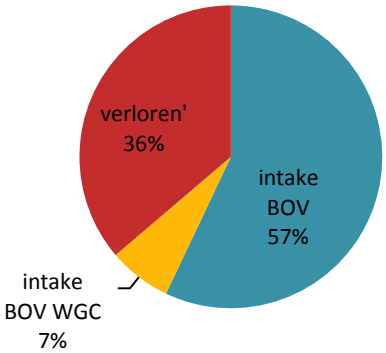


Diagram 14: aankomsten bij BOV

[13] Deze tussenstap werd geïnstalleerd omdat we zagen dat niet alle patiënten met een voorschrift ook effectief de stap durfden zetten naar BOV.

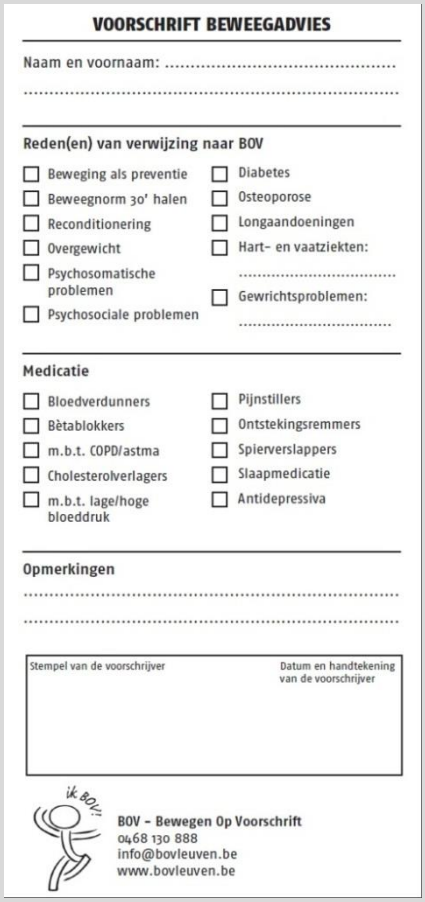
CONCLUSIE m.b.t. het motiverende werk van het voorschrift

Deelnemers kennen BOV voornamelijk via hun huisarts (82,3%) tegenover 89% in de eerste evaluatie (dec 2013). Het aantal andere doorverwijzers is dus gestegen. Dit kan erop wijzen dat BOV intussen bekender geworden bij de bevolking en dat meer mensen zelf contact opnemen met hun arts om deel te nemen en/of ze stromen via andere kanalen in. Enkele andere doorverwijzers zijn maatschappelijk werkers, vrienden, affiches bij de huisarts, …

Het voorschrift is een 'belangrijke' motivator voor de deelnemers die terechtkwamen bij BOV (90% bevestigt dit). Is het ook een 'voldoende' motivator? Op dit moment kunnen we enkel zeggen dat het werkt voor diegenen die 'aangekomen' zijn bij BOV én dat de steekproef in WGC De Ridderbuurt uitwijst dat ongeveer 2/3de van de doorverwezen patiënten ook aankomt bij BOV. Dat is een vrij hoog aantal.

Voor enkele mensen is het voorschrift dus nog niet voldoende. Er kan nagedacht worden wat hen nog meer over de streep zou kunnen trekken.

Bovendien kiezen we in het kader van de kwaliteit van de BOV-coaching voor het voorschrift: hier staan redenen van doorverwijzing in, hierin zien we ook welke medicatie de patiënt inneemt. Belangrijke indicaties waarmee de BOV-coach graag rekening houdt om professioneel te kunnen werken.



VOORSCHRIFT BEWEEGADVIES

Naam en voornaam: .....

.....

Reden(en) van verwijzing naar BOV

- ☐ Beweging als preventie
- ☐ Beweegnorm 30' halen
- ☐ Reconditionering
- ☐ Overgewicht
- ☐ Psychosomatische problemen
- ☐ Psychosociale problemen
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporose
- ☐ Longaandoeningen
- ☐ Hart- en vaatziekten: .....
- ☐ Gewrichtsproblemen: .....

Medicatie

- ☐ Bloedverdunners
- ☐ Bètablokkers
- ☐ m.b.t. COPD/astma
- ☐ Cholesterolverlagers
- ☐ m.b.t. lage/hoge bloeddruk
- ☐ Pijnstillers
- ☐ Ontstekingsremmers
- ☐ Spierverslappers
- ☐ Slaapmedicatie
- ☐ Antidepressiva

Opmerkingen

.....

.....

Stempel van de voorschrijver | Datum en handtekening van de voorschrijver

ik BOV!

BOV – Bewegen Op Voorschrift
0468 130 888
info@bovleuven.be
www.bovleuven.be

4. VINDEN ALLE PATIËNTEN DE WEG NAAR DE CENTRALE LOCATIE?

Als vijfde onderzoeksvraag vroegen we ons af of een centrale locatie voor de BOV-coaches in een bepaalde stad / regio aangewezen is? En of patiënten van bv. de WGCa de weg vinden naar deze locatie? (of: kan er evengoed naar verschillende BOV-coaches doorverwezen worden?)

Daar de dokters geen registratie doen van het aantal doorverwijzingen weten we niet of iedereen dan ook contact opneemt of dat de wachtpost voor sommigen een drempel is. Maar, aangezien op 16,5 maanden 273 nieuwe mensen bij de coaches aankwamen (daarnaast liepen nog een aantal coachingen die ervoor reeds startten) vermoeden we dat patiënten de weg vinden. Er is gemiddeld een wachttijd van ongeveer 2 weken, d.w.z. dat de coaches voortdurend volgeboekt zijn. Wel hebben sommige patiënten een extra duwtje in de rug nodig.
Binnen WGC De Ridderbuurt is er momenteel die mogelijkheid door het aanbod van een beperkt aantal consultaties bij de gezondheidspromotor (extra uitleg over BOV-methodiek, motivationeel gesprek,..) om vervolgens idealiter door te stromen naar BOV Leuven. Sommigen krijgen een beweegadvies binnen het WGC. Sinds de opstart van de 'externe BOV' verwezen artsen van De Ridderbuurt in (2013, 7 maanden) 35 patiënten door naar de gezondheidspromotor. 10 van hen stroomden na dit consult door naar de 'externe BOV'. Voor 25 patiënten was de drempel nog te hoog en zij kregen een advies of korte opvolging door de gezondheidspromotor. In 2014 kwamen 49 patiënten terecht bij de 'interne BOV', waarvan 8 doorstroomden naar de externe BOV.

Vanuit standpunt van de artsen
Vanuit de gesprekken met Leuvense huisartsen wordt ook bevestigd dat het belangrijk is om 1 centrale locatie aan te bieden. De doorverwijzing moet laagdrempelig en zo uniform mogelijk zijn, zowel voor de patiënt als voor de huisarts.

Vanuit kwaliteitsdenken
Omwille van het bewaken van de kwaliteit kiezen we voor dit centraal model (1-loket). Deze persoon heeft ook alle kennis en informatie over het beweegaanbod in de regio, over financiële mogelijkheden, zit in het netwerk van BOV. Naast de centrale BOV-coaching, kan – afhankelijk van de vraag van de deelnemer – doorverwezen worden naar andere bewegingsdeskundigen. Maar ook dan blijft de BOV-coach de 'coördinator' gedurende het hele BOV-traject.

Vanuit het standpunt van de coaches
Voor de coaches is de wachtpost enerzijds een goede plaats vanwege vertrouwdheid voor artsen en doelgroep (meesten kennen de wachtpost, de coach moet de weg niet uitleggen en het klinkt vertrouwd). Ook de samenwerking met het Huis van de Chronische Zorg biedt extra mogelijkheden (bv. samenwerking motivationele groepen, BOV kan doorverwijzen naar cursussen over gezonde voeding, etc.)

Anderzijds heeft de wachtpost op dit moment geen ruimte die door de coaches kan ingericht worden als hun eigen ruimte, met test- en beweegfiets, trappers, folderbakjes met folders over beweegaanbod, posters die aanzetten tot bewegen, veel plaats voor het beweegmateriaal zoals ballen, rekken, enz.

CONCLUSIE m.b.t. de toegankelijkheid van de centrale locatie

Zowel patiënten uit de wijkgezondheidscentra als patiënten van externe artsen vinden de weg naar de centrale BOV-locatie in de wachtpost van de Leuvense huisartsen. Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt voorziet door het aanbod van interne BOV-consulten een extra duwtje in de rug voor de patiënten die de stap naar een externe locatie te groot vinden. De keuze voor de wachtpost is zeker positief vanuit het standpunt van de artsen. Voor BOV-coaches zou een eigen ingericht lokaal een meerwaarde zijn.

5. KWALITEIT VAN DE BEWEEGCOACHING

Eén van de belangrijke evaluatiecriteria van het project is de beoordeling van de kwaliteit van de BOV-coaching. Het BOV-project wil begeleiding op maat bieden, op een laagdrempelige wijze om zo gezondheidswinst te realiseren. De belangrijkste slaagfactor is als door het project de interne motivatie bij de deelnemers wordt gerealiseerd en dat kan op zijn beurt maar indien de deelnemer zelf tevreden is over het BOV-project. Om het kwaliteitsaspect af te toetsen, werden volgende vragen gesteld:

- Ben je tevreden over jouw deelname aan het project in het algemeen?
- Naar welke beweegactiviteiten werd je doorgestuurd?
- Wat vond je van het aanbod van activiteiten?
- Verhouding prijs/kwaliteit

We geven als inleiding enkele cijfers over de gelopen trajecten:

- 308 nieuwe intakes tussen mei 2013 – november 2014 (moment van afleg)
  - 108 evaluaties
  - 61 intakes gebeurden nog geen 6 maanden geleden en kregen dus nog geen evaluatie
  - 30 on hold op dit moment, geven aan in toekomst terug te willen komen
  - 31 adviezen (geen evaluatie)
  - 78 /308 gestopt, m.a.w. mensen die niet tot aan de evaluatie gecoacht werden. Mogelijks hebben ze wel meerdere gesprekken of contacten gehad, maar zijn ze op een bepaald moment gestopt met het traject.[14]
- Daarnaast deden de coaches in de eerste maanden na de start (mei – november 2013) nog een 40-tal opvolgingen van coachingen die opgestart waren in 2011 – 2012 (toen reeds 220 BOV-deelnemers)
- Eind december komen we aan 320 nieuwe coachings.
- Zo komen we aan ongeveer 20 nieuwe coachings/maand
- De BOV-coaches werkten ongeveer 25u/week (bij start 20u, geleidelijk aan meer uren tot 30u)
- In Leuven was de gemiddelde wachttijd voor een intake ongeveer 2 weken
- Gemiddeld duurt een succesvol individueel coachingstraject (m.i.v. advies) 3,5 tot 4u (qua contactmomenten); bij maatschappelijk kwetsbare groepen eerder 5 à 6u, tot meer bij psychisch kwetsbaren.

5.1. VERLOOP VAN DE COACHINGS

Uit ervaring van 18 maanden werken, kunnen we 4 categorieën onderkennen in het geheel van de coachings[15]

- volledige coachings met verschillende soorten beweegplannen (dagelijkse beweging, individuele beweegplannen, plannen met beweging in groep, motivationele training, doorverwijzing naar externe beweegdeskundige)
- adviesgesprekken (1 tot 2 contacten)
- coachings die tijdelijk 'on hold' gezet wordt
- mensen die uitvallen na 1 of meerdere gesprekken of contacten.

5.1.1. Is er uitval?

Ja, van de 308 deelnemers, zijn er 78 uitgevallen of expliciet gestopt tijdens het traject. Dit betekent dat mensen niet komen opdagen, laten weten dat ze stoppen of zeggen dat ze er toch niet klaar voor zijn. Vaak ziet de coach dit al na 2 gesprekken en stelt hij zelf voor te stoppen.

[14] Ook 'gestopt' is relatief. Op dit moment zijn er enkele mensen terug aangemeld met een voorschrift die in 2012 gestopt waren.

[15] Nog in te passen in het digitaal registratiesysteem.

Redenen zijn: te weinig motivatie, verhuis, langdurige ziekte. We weten niet of deze mensen al dan niet aan het bewegen zijn. We vermoeden dat voor een groot deel de tijd nog niet rijp is. Bij een aantal mensen is de wissel in coach[16] de reden voor stoppen. Bij maatschappelijk kwetsbare groepen is immers een vertrouwenspersoon belangrijk in zulke trajecten.

Dit is een uitvalcijfer van 25%, wellicht vergelijkbaar met andere programma's waaraan mensen deelnemen. Wellicht is het een zeer mooi cijfer waar het gaat om kwetsbare doelgroepen die bereikt worden door een 'algemeen' programma.

> In een *vergelijkbare studie* in Zweden bij eerstelijnsgezondheidscentra (n=13), een land met traditie in bewegen op voorschrift, werd het bewegingsadvies niet of slechts deels opgevolgd door resp. 16% en 19% van de patiënten (n=240). In Nieuw-Zeeland was er 15% drop-out bij de deelnemers binnen een programma van bewegen op 'groen' voorschrift in huisartsenpraktijken (n=23) met ook verplegers (n=451). Reviews van Engelse varianten en een mee recente Engelse case in Greenwich tonen hogere drop-out percentages: gaande van 40% tot 80% drop-out.

5.1.2. Mensen die de coaching tijdelijk on hold zetten[17]

62 personen (van de 108 geëvalueerde) gaven aan dat ze het moeilijk hadden om het beweegplan vol te houden. Dit wil zeggen dat ze tijdelijk gestopt zijn met het coachingstraject, maar nadien terug ingestapt zijn.

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Reden moeite beweegplan	54	87,1%	8	12,9%	62	100,0%

Tabel 26: aantal deelnemers die coaching on hold zetten

Redenen om de coaching tijdelijk on hold te zetten

Mensen vallen het vaakst uit omwille van mentale redenen, gevolgd door fysieke redenen. Als we hen vroegen naar de redenen, gaven 54 van de 62 respondenten 59 antwoorden. Mensen zijn voornamelijk tijdelijk uitgevallen omwille van mentale redenen (40,7% v.d. resp.), vervolgens omwille van fysieke redenen (31,5%, rugpijn valt daar vaak onder, ziekte). Opname in het ziekenhuis of psychiatrie en meervoudige problematiek (multi-probleem) hebben hier ook vaak mee te maken.

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Reden moeite beweegplan[a]	Fysiek	17	28,8%	31,5%
	Mentaal	22	37,3%	40,7%
	Verhuisd	1	1,7%	1,9%
	Motivatie	1	1,7%	1,9%
	Andere	18	30,5%	33,3%
Total		59	100,0%	109,3%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabel 27: redenen om coaching on hold te zetten

Naast deze 62 die het expliciet zelf aangeven, zag de BOV-coach idd dat een groot deel van de deelnemers[18] de coaching ergens in het hele traject tijdelijk stopzette, of duurde het traject langer dan 6 maanden. In het geval van de 108 geëvalueerde deelnemers hebben al deze mensen ofwel zelf terug contact opgenomen of zijn (als dit de afspraak was) terug gecontacteerd door de coach. Alle 108 deelnemers hebben uiteindelijk het coachingstraject afgemaakt.

[16] In het Leuvense BOV-project was er de hele tijd 1 constante coach, daarnaast hebben 3 coaches elkaar opgevolgd. Een van hen is naar het verwante beweegcoachingsproject bij Reva-Sonar gegaan. Met hen wordt nog steeds samengewerkt.
[17] Gebaseerd op de evaluatie van 108 deelnemers.
[18] Gebaseerd op 308 intakes

5.1.3. Aantal tussentijdse contacten bij eigen BOV-coach

Elk contact tussen de coach en deelnemer (telefonisch, mail, F2F[19], meegaan met groep) wordt geregistreerd door de coaches in het digitaal registratiesysteem. Het aantal contacten kan echter niet via het statistische programma eruit gehaald worden[20].

Uit de praktijk blijkt dat coachingstrajecten sterk **verschillen qua duur**: van minimum 1 u tot maximum 10u (komt af en toe voor, eerder bij psychisch kwetsbaren). De coaches onderkennen een aantal categorieën:

- 1 tot maximum 2 uur voor advies.
- Bij een gemotiveerd persoon bedraagt de coaching 3 tot 4 u, het rechtlijnige traject van intake, een telefoontje met de vraag of men gestart is, tussentijds F2F-contact, eventueel nog eens mail of telefonisch contact en evaluatie. In deze uren zitten ook feedback naar arts, registratie.
- Bij maatschappelijk kwetsbare groepen duurt een succesvol coachingstraject gemiddeld 5 tot zelfs 6u: intake van een uur, meerdere opvolggesprekken van een half uur tot men gestart is met bewegen, af en toe telefonisch contact, tussentijdse opvolging en evaluatie; met inbegrip van feedback naar arts en registratie en mogelijk contact i.v.m. eventuele financiële steun.
- Als er dan ook moet meegegaan worden naar een sportclub, wordt het een nog zwaardere investering. Dit lukt momenteel minder dan in het begin van het project (2010, 2011). Ideaal is dat dit gebundeld kan gebeuren voor meerdere deelnemers. In dit kader is ook gedacht aan een buddy- of vrijwilligerswerking, maar deze is nooit sterk uitgebouwd (1 vrijwilliger die met mensen naar bepaalde fitnessclub ging)

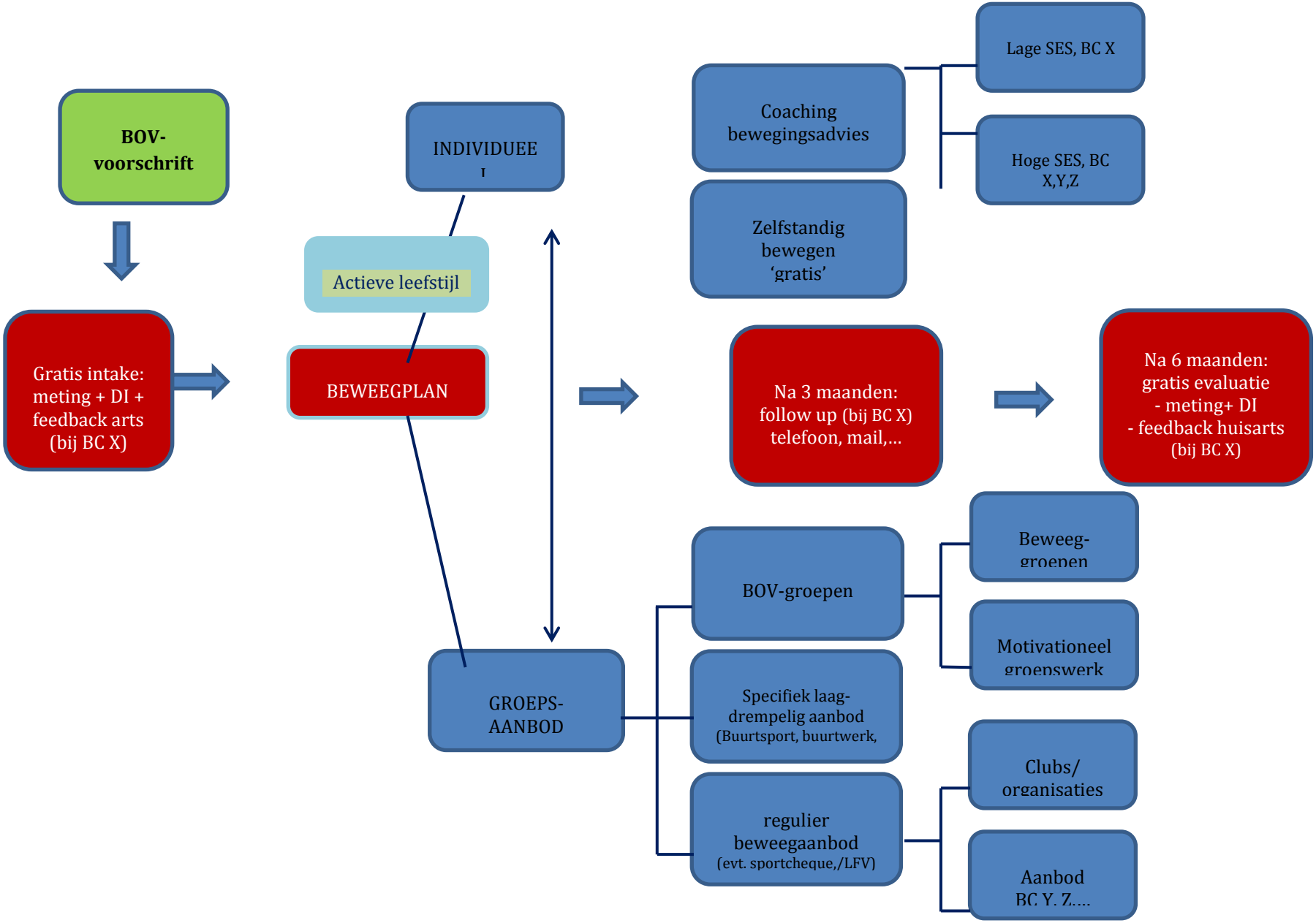
In 5.3. schrijven we enkele coachingstrajecten uit.

5.2. Gevolgde beweegplannen

5.2.1. BOV-schema

Dit is het schema dat de BOV-coaches hanteren tijdens de coaching. Het kan nog bijgestuurd worden in functie van duidelijkheid.

[19] F2F = face-to-face- contact, staat voor het fysisch samenzitten van coach en deelnemer in het BOV-lokaal
[20] Er kan bekeken worden of dit kan kan aangepast worden in het systeem.



Schema 1: BOV-schema

5.2.2. Verschillende sporen binnen de beweegplannen

We onderscheiden volgende mogelijke elementen of sporen binnen het beweegplan:

1. Dagelijks fysieke beweegactiviteit met matige intensiteit: wordt voor iedereen opgemaakt
2. Enkel individueel beweegplan
3. Beweegplan met doorverwijzing naar 'beweging in groep'
4. Doorverwijzingen naar externe coach (personal trainer)
5. Deelname aan motivationele groepstraining
6. Advies

In de volgende tabellen brengen we de beweegplannen in beeld van 145 deelnemers: de 108 geëvalueerden, aangevuld met 37 lopende coachings. Zo krijgen we een beeld waar BOV-deelnemers terechtkomen. Naast deze steekproef van 145 deelnemers, zijn ook heel wat anderen dankzij BOV aan het bewegen in deze en andere groepen, hetzij diegenen die op weg geraakten met advies, hetzij diegenen die stopten met de coaching of ze tijdelijk on hold zetten.

We maakten een indeling op basis van de beweegplannen en de aanbieders van beweging: individueel beweegplan, eigen BOV-groepen (al dan niet i.s.m. externe lesgever), beweeggroepen van de WGCa, buurtsport, regulier beweeg- en sportaanbod, coaching door een personal trainer. Hierin zit een gradatie qua toegankelijkheid.

- 23% van de deelnemers kiest enkel voor een individueel plan (zie 5.2.2.)
- 77% kiest voor bewegen in groep (5.2.3.)
- 30% van de deelnemers die in groep bewegen, volgt een combinatie bij meerdere aanbieders van beweging
- Van diegenen die bij 1 aanbieder bewegen/sporten, doet 19% dit bij een eigen BOV-groep, 31% bij een vorm van 'beschermde' aanbieder. Dit wijst op het belang van deze groepen.
- 14% kiest enkel voor het reguliere beweeg- en sportaanbod. Een groter percentage stroomt door, en kiest daarbij voor meerdere activiteiten.

Combinatie	**INDIVIDUEEL**	**IN GROEP**				**PT**
	Dagelijks leven	BOV	WGC	Buurtsport	Sportclub/vereniging	Personal Tainer
Enkel Individueel	33 personen					
Enkel BOV-groep		27 personen				
Enkel WGC-groep			10 personen			
Enkel Buurtsport				7 personen		
Enkel Sportclub					20 personen	
Enkel PT						5 personen
Combinatie		43 personen (2 PT's inbegrepen)				
Totaal	145 personen					

Percentages						
Individueel	23,00%					
Enkel BOV		19,00%				
Enkel WGC			7,00%			
Enkel BS				5,00%		
Enkel Sportclub					14,00%	
Enkel PT						2,00%
Combinatie		30,00%				
Totaal	145 personen = 100%					

Tabel 28: beweegplannen

5.2.1. Dagelijkse leefstijl

Dit is bij elke coaching de start: de coach bekijkt hoe de deelnemer meer (functioneel) kan bewegen in het dagelijks leven. Het gaat hier om de trap nemen, de fiets naar het werk, naar de winkel, elke dag een wandelingetje, …

Mensen die voor het eerst de stap zetten naar 'meer bewegen', krijgen vaak een stappenteller mee gedurende de eerste maand (worden gratis uitgeleend tegen een waarborg), nadien laat de BOV-coach hen de keuze maken voor beweging in groep en/of individuele beweging, met als uitgangsvraag: wat helpt je of wat heb je nodig om de beweging vol te houden? Velen kiezen voor een combinatie van beiden of stappen na een tijd over van individueel naar beweegplan in groep.

Tijdens coachingsgesprekken komen coach en deelnemer soms op andere onderwerpen zoals roken, gezonde voeding. De coach gaat hier niet ver op in, maar heeft wel een paar tools om hiermee om te gaan: af en toe organiseert LMN of een andere organisatie (bv. WGC De Central) een workshop gezonde voeding, rookstop is bekend bij de coach, en hij kan dit ook steeds melden aan de huisarts wanneer hij deze feedback geeft.

5.2.2. Concreet individueel beweegplan

33 mensen volgden ENKEL een individueel beweegplan. Het zijn vaak mensen die ofwel weinig tijd hebben om in groep te bewegen, maar meer nog, mensen die nog niet durven in groep te bewegen en voor wie de coach het nodig acht om de individuele activiteiten in een duidelijk en opvolgbaar beweegplan te gieten, met afspraken naar timing, hoeveelheid, enz.

Concreet
Volgende activiteiten worden aangegeven, in volgorde van gebruik (bovenaan meest gekozen);

- Hometrainer, loopband
- Fietsen
- Stretching
- Wandelen
- Start-to-run
- Oefenen met TV-programma's (Nederland in beweging), DVD Tai Bo
- Eigen (creatieve) ideeën (bv. tuinieren)
- Fitness

Voor 26 mensen werd **een richting** aan het individueel plan gegeven. Ze gaven samen 31 antwoorden. 'Cardio' was de meest voorkomende richting (48,4% van de respondenten en 57,7% van de antwoorden), gevolgd door ontspanning.

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Richting beweegplan[a]	Ontspanning	10	32,3%	38,5%
	Cardio	15	48,4%	57,7%
	Techniek	3	9,7%	11,5%
	Andere	3	9,7%	11,5%
Total		31	100,0%	119,2%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabel 29: richting beweegplannen (individueel bewegen)

5.2.3. Beweegplan met beweging in groep

77% of 112 van deze steekproef van 145 personen bewegen in groep. Dit is een groot percentage, het wijst op het motiverende sociale karakter van bewegen in groep.

Welke activiteiten hebben ze gevolgd?
Al deze activiteiten kunnen onderverdeeld worden in 4 categorieën. Daarin zit een zekere gradatie van 'veiligheid' voor mensen (waarbij voor patiënten van de WGCa het aanbod van deze centra even veilig is als BOV-aanbod in groep).

BOV beweeg - groepen: eigen BOV-groepen of opgezet in samenwerking met anderen (bv. CM, danscentrum, yogaclub), zeer laagdrempelig; vaak zijn het ook 'proevers'. BOV-coach is dan zeker bij de eerste les aanwezig en gaat soms eens langs bij de start. Ook hoort hierbij het bellen/ sms'en met een herinnering aan de activiteit.		**57**
FunFit	25	
Yoga (BOV i.s.m. Kreakatau– nadien BOV+ Kreakatou +CM)	14	
Bewegen op muziek	14	
Circuittraining	4	
BOV I.s.m. de WGCa: de WGCa bieden ook zeer toegankelijk beweegaanbod aan, dat openstaat voor eigen patiënten en BOV-deelnemers		**42**
Aquafun in de zomer	26	
Rugversterking	13	
Herfstwandeling	3	
Buurtsport, aangeboden door de sportdienst van de stad Leuven. Soms gebeurde dit met aanwezigheid van een BOV-coach, bij wijze van coaching in groep en om de drempel nog extra te verlagen		**36**
Zwemmen voor vrouwen	14	
Aerobic	7	
Tai chi	8	
Balsporten	7	
Extern, regulier beweeg- en sportaanbod[21]		**44**
Yoga (pantha rei, kreakatau)	4	
Zwemmen		
• zwemclub Atlantis	9	

[21] Bepaald aanbod zit tussen buurtsport en regulier beweegaanbod: vb aquagym van Seniorama, de fietsschool, beweegactiviteiten CM.

• zelfstandig zwemmen Sportoase	1	
• Heverleese Zwemvereniging	1	
• Aqua-groepslessen Sportoase	4	
• Sporty: Aqua lessen	1	
• Zwemmen 55+ Kessel-Lo	1	
• Aquagym seniorama	1	
fitness		
• Health City fitness	1	
• Energym fitness Leuven	1	
• Jims fitnes	2	
• Spinning	1	
• Body & Vision	1	
• Infra-ligne	1	
Dansen		
• Linedance	2	
• Feel good dans Bierbeek gemeente	1	
• vzw Pump & Dance	1	
• Ballet Marleen Sempels	1	
• Volksdans Reuzegom	1	
Tai Chi club	1	
Fietsschool (mobiel 21)	2	
Sportaanbod KULeuven	4	
Omnisport Wilsele	1	
Beweegactiviteiten CM	1	
Groepsaanbod personal trainer	2	**2**
Totaal		*181*
Nog op zoek naar geschikte sportclub	2	

Tabel 30: beweeg- en sportactiviteiten

Het grootste aantal van alle respondenten werd doorverwezen naar AquaFun uit het aanbod van de WGCa en naar de Funfit, vervolgens naar bewegen op muziek en yoga, beide door BOV georganiseerd en naar zwemmen voor vrouwen (hier zitten ook veel allochtonen).

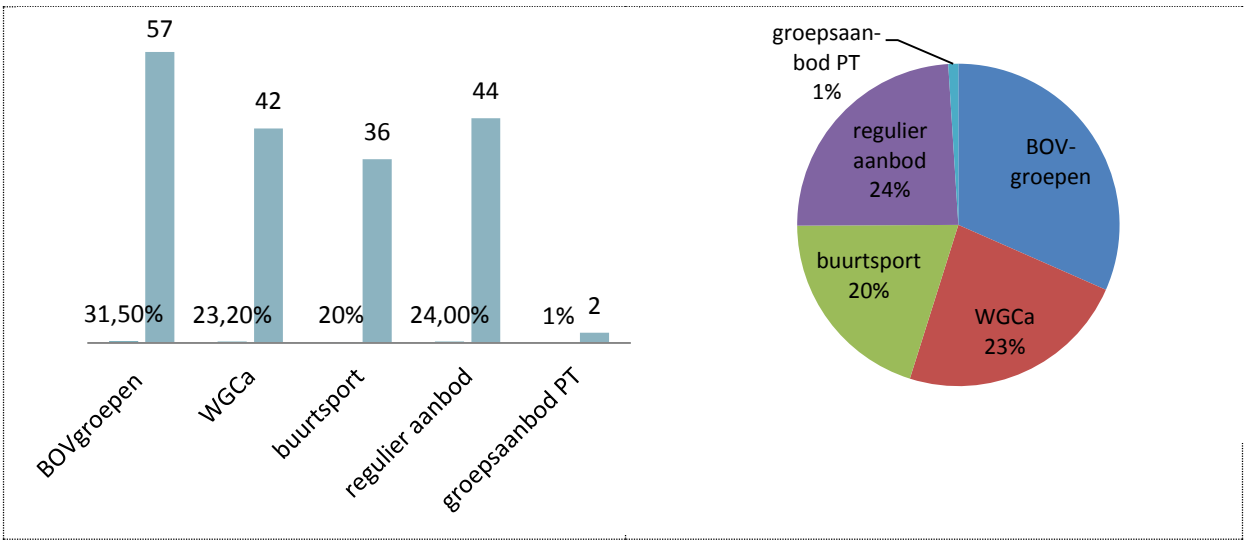


Diagram 15: bewegen in groep

5.2.4. Doorverwijzingen naar een externe beweegdeskundige of personal trainer

In totaal werden 5 mensen doorverwezen naar een externe bewegingsdeskundige die behoort tot het netwerk van BOV. Deze coaches volgden mee enkele vormingsmomenten die ook voor de eigen coaches opgezet werden zoals motivationele gespreksvoering (i.s.m. LOGO Oost-Brabant), gebruik van stappentellers e.a. tools (i.s.m. VIGeZ). Het gaat over doorverwijzing naar 4 beweegdeskundigen.

Dit wordt enkel aangeboden als de coach weet dat de persoon het financieel aankan. Ook dan blijft de BOV-coach de leiding houden en houdt hij na 6 maanden een evaluatie.

5.2.5. Deelname aan motivationele groepstraining

Met BOV zetten we 2 tot 3 keer per jaar een motivationele training op: 'motivatie in beweging': hier werken we via info, ervaringsuitwisseling, training en leuke beweegmomenten aan motivatie om te bewegen. De BOV-coaches leiden vooral mensen naar deze groep die er niet toe komen om te gaan bewegen (maar die toch wel zouden willen bewegen) of die meer dan één keer gestopt zijn met hun beweegplan (on hold) omwille van motivatie of mentale problemen. Deze trainingen worden begeleid door een bewegingspsycholoog (momenteel van R2Improve).

In 2013 en 2014 gingen telkens twee groepen door, Telkens met een 7 à 8 personen. In totaal namen de voorbije twee jaren 29 mensen deel aan deze groepen. Dankzij ons zetelen in de wachtpost, werken we hiervoor samen met het Huis van de chronische zorg (LMN). We zetten dit samen op en sturen beiden deelnemers door.

Volgens de BOV-coach is dit voor sommigen een onontbeerlijke schakel om uiteindelijk te starten met beweging of ze vol te houden.

5.2.6. Advies

Deze categorie was niet van in het begin opgenomen binnen BOV, maar uit ervaring leren we dat sommige mensen verder kunnen met een gesprek van 1 of maximaal 2 u. Het zijn gemotiveerde mensen, die ofwel enkel info over activiteiten of enkel een duwtje in de rug nodig hebben om de opstap naar zelfstandig bewegen of bewegen in groep te maken. Aantal mensen op de 308 = 31.

5.3. Uitgewerkte voorbeelden van BOV-coachingstrajecten

Voorbeeld 1: Zwaar begeleid traject, maar positief

- Naam: Fien (fictief)
- Leeftijd: 44 jaar
- Situatie: Arbeidsongeschikt
- Beweegplan: Fun Fit
- Duur coaching: 6 uur

De eerste afspraak komt de BOV-deelnemer met de begeleider (Cfr. Begeleid wonen). Doorverwijzing wegens zwaar overgewicht (BMI 46). Sinds enkele weken op ziekenverlof: de steile helling naar het werk kan de BOV-deelnemer niet meer op. De conditie is ondermaats en belet om nog langer te werken. In samenspraak met de huisarts wordt een beweegplan opgelegd (deelname aan BOV-groep Fun Fit + zelfstandige beweegactiviteiten met Nordic Walking sticks ter ondersteuning). De BOV-deelnemer stemt in met het beweegplan maar

"beweegt niet graag en weet niet of het zal lukken". De eerste Fun Fit is de BOV-deelnemer afwezig. Na een motiverend telefoongesprek komt de BOV-deelnemer de week nadien opdagen, maar ze valt op de grond tijdens het wandelen. *"Ik zie mijn voeten niet".* Hoewel het verschieten van haar val voor angst zorgde, kon ze zich helemaal uitleven tijdens het tweede deel van het beweeguur, namelijk oefeningen met muziek. Ze geniet met volle teugen, geeft aan dat het beter gaat dan verwacht en wilt volgende week zeker terugkomen. Op week 3 staat Persoon X paraat met Nordic Walking sticks en geeft de boodschap: *"Gaan jullie maar, ik ben er klaar voor".* Een van de volgende weken komt ook de begeleider van de BOV-deelnemer eens een kijkje nemen. Periodes van motivatie wisselen zich af met afwezigheden. De BOV-deelnemer slaagt er nog niet in het individueel beweegplan op te starten. Haar begeleider neemt de individuele wandelingen op in de wekelijkse contactmomenten en probeert de BOV-deelnemer zo extra te ondersteunen. Na 6 maanden inactieve deelname aan BOV, komt de BOV-deelnemers spontaan terug naar de Fun Fit.

Voorbeeld 2: vlot gelopen traject

- Naam: Frans (fictief)
- Leeftijd: 52 jaar
- Situatie: Arbeidsongeschikt
- Beweegplan: Wandelschema + fitness
- Duur coaching: 4 uur

Een BOV-deelnemer komt naar BOV (Begeleid Wonen) en heeft een duidelijk plan: de GR 128 (Grand Route = wandelwegennetwerk) wandelen, in verschillende stukken. Nu het voorschrift van de huisarts op tafel ligt, wil hij werk maken van zijn plannen. We starten met het beweegplan, waarbij we zijn dagelijks aantal stappen registreren met behulp van een stappenteller. Dankzij deze meting kan de BOV-deelnemer zijn beweegstructuur goed aanhouden. Na enkele maanden op deze manier te werken wordt de BOV-deelnemer opgenomen (psychiatrie). Gedurende de opname krijgt de BOV-deelnemer de toestemming om een vervolgafspraak bij BOV te plannen. Na zijn ontslag bekijken we zijn beweegplannen opnieuw. We maken plannen voor de komende weken, bepalen een startdatum en plannen een deelname aan een groepsactiviteit. Verder heeft de BOV-deelnemer tijdens opname wekelijks aan fitness gedaan. We zoeken samen een mogelijkheid om deze gewoonte na zijn ontslag verder te zetten. Hij gaat zelfstandig 2 fitnesscentra bezoeken en uitleg vragen. Nadien beslissen we waar hij zal aansluiten.

Voorbeeld 3: Heropgeviste uitvaller

- Naam: Annemie (fictief)
- Leeftijd: 45 jaar
- Situatie: Arbeidsongeschikt
- Beweegplan: dansaanbod: lessenreeks
- Duur coaching: 6 uur

Door de wissel van BOV-coach (BOV-coach verandert van werk) is voor sommige BOV-deelnemers de drempel hoog om naar een andere BOV-coach te stappen. Zo kan het traject stilvallen. Regelmatig worden BOV-deelnemers op de hoogte gehouden van laagdrempelige activiteiten en lessenreeksen. Indien zij dit als interesse opgave tijdens hun coaching, worden ze soms opgebeld. Op deze manier werd een BOV-deelnemer, 6 maanden na uitval, gecontacteerd in verband met een reeks danslessen. De BOV-deelnemers was blij met de telefoon en besloot deel te nemen aan de lessenreeks dans. Na afloop van de lessenreeks is de individuele BOV-coaching opgestart bij een andere BOV-coach.

Voorbeeld 4: BOV-toeleiding

- Naam: Sandra (fictief)
- Leeftijd: 58 jaar
- Situatie: gepensioneerd
- Beweegplan: Deelname activiteiten buurtsport
- Duur coaching: 8 uur

Sandra werkt voltijds als arbeider met een fysiek zware job. Ze deelt al enkele jaren een fitnessabonnement met haar man. Haar man gaat zeer regelmatig fitnessen, maar zij is er nooit geraakt. Verder heeft ze in huis een crosstrainer en hometrainer die ze zelden gebruikt. Tijdens de coaching maakt ze duidelijk dat ze wilt inzetten op fitnessen. We werken enkele afspraken rond dit thema maar de fitnesstrainingen blijven uit. Er is weinig motivatie en ik nodig de BOV-deelnemer uit op voor 5 sessies rond 'Motivatie in Beweging'. Deze sessies vindt ze interessant. Ze slaagt erin om 2 keer per week 20 minuten haar crosstrainer te gebruiken. Bij afloop van de motivationele sessie wil de deelnemer graag aansluiten bij een beweeggroep. Ze plant om er volgende week naartoe te gaan, maar achteraf blijkt dat ze niet gegaan is. Ze wist eigenlijk niet goed waarom. Ik vraag haar of ze graag heeft dat ik een eerste keer met haar mee ga. *"Ja, dat zou wel fijn zijn."* We spreken af om volgende week samen naar de activiteit te gaan. Afspraak met de BOV-coach aan de voet van de Keizersberg, om vervolgens samen naar de aerobic sessie te gaan. Na afloop belt de BOV-deelnemer me op om te vertellen hoe fijn de activiteit geweest was.

"De groep was niet te groot, de lesgeefster heeft mij wat uitleg gegeven, ik voelde me goed. Volgende week ga ik zeker terug. En de lesgeefster geeft ook zwemles op maandag, volgende week zal ik dat ook uittesten. Heel erg bedankt om mee te gaan."

Voorbeeld 5: Vlot verlopen traject met individueel beweegplan

- Naam: Thomas (fictief)
- Leeftijd: 40 jaar
- Situatie: Werkend (universitair)
- Beweegplan: Dagelijkse fysieke activiteit verhogen met individueel beweegplan
- Duur coaching: 8 uur

Een andere BOV-deelnemer komt om medische redenen (verhoogde bloeddruk en verhoogde cholesterol) naar de BOV-coach. De huisarts heeft medicatie voorgeschreven en de BOV-deelnemer is er reeds mee begonnen. Maar nu hij van zijn huisarts vernomen heeft dat hij door beweging en een gezonde levensstijl zijn bloedwaarden terug gezond kan maken, wilt de BOV-deelnemer hier werk van maken. Maar, hij vreest er geen tijd voor te hebben. We besluiten uitsluitend individuele beweegactiviteiten in het beweegplan te verwerken, gezien de BOV-deelnemer een veeleisende job heeft en pas een tweede keer vader is geworden. De BOV-deelnemer gebruikt de stappenteller en we proberen wekelijks het aantal stappen te verhogen. Tijdens de volgende afspraak zijn er al enkele wijziging in zijn levensstijl: *"ik ga nu met de fiets werken en neem gemakkelijker de trap. We zijn zelfs een gaan wandelen met het hele gezin in het park deze zondag."* Het totaal aantal stappen zit nu gemiddeld aan 6000 stappen.

Dit is een eerste goede verandering, maar als de BOV-deelnemer echt gezondheidseffect wil hebben, is het nodig om vaste beweegmomenten te plannen waarbij de duur langer is dan 30 minuten. Uiteindelijk besluiten we samen dat hij 3 keer per week een fietstocht van 50 minuten zal maken (een omweg vooraleer op het werk aan te komen) en tijdens het weekend een wandeling van minstens 1 uur maakt met het gezin. De BOV-

deelnemer is ongelooflijk consequent in het volgen van zijn beweegplan. Na 3 maanden kan hij zijn medicatie voor verhoogde cholesterol afbouwen in samenspraak met zijn huisarts. Hij voelt zich fitter en de fietstochten gaan vlotter. Naast zijn beweegplan startte de BOV-deelnemer op eigen initiatief met voedingsaanpassingen. Na 6 maanden is hij 5 kg lichaamsgewicht verloren, zijn middelomtrek verminderde met 3 cm. Volgende maand verhuist de BOV-deelnemer naar het buitenland om daar enkele jaren te werken. Hij is alvast overtuigd van zijn fitte levensstijl en heeft in zijn toekomstige woonomgeving al een zwembad gevonden. In de toekomst wil hij graag leren zwemmen en op deze manier zijn levensstijl onderhouden.

Voorbeeld 6: Vlot verlopen traject i.s.m. sportclub

- Naam: Gerlinde (fictief)
- Leeftijd: 45 jaar
- Situatie: Werkend (arbeider)
- Beweegplan: Deelname aan dansactiviteit in groep + individuele wandelingen met partner
- Duur coaching: 6 uur

Een BOV-deelnemer met artrose (knieën en heup) krijgt advies van de huisarts om meer te bewegen. Maar hij vraagt zich af wat nog kan qua beweging. We doorlopen samen de opties en ontdekken dat ze heel graag danst en dit vroeger veel deed. Tot enkele jaren geleden volgde ze af en toe fitnessgroepslessen, maar ze haakte uiteindelijk af gezien de hoge intensiteit en de vele verschillende lichaamshoudingen die teveel pijn veroorzaakten. Werkonzekerheid over de huidige job zorgde voor financiële spanningen, waardoor de BOV-deelnemer dergelijke duurdere fitnessgroepslessen niet meer wilde volgen. Gedurende de coaching stijgt het aantal dagelijkse stappen richting 10.000 stappen per dag en meer. Dagelijks maakt ze samen met haar man een avondwandeling van zo'n 40 minuten. Uiteindelijk vinden we een sportclub in de buurt van de BOV-deelnemer waar Linedance gegeven wordt. De proefles is goed meegevallen en de BOV-deelnemer is het hele jaar gebleven. De sportclub bestond zelf 15 jaar en gaf een show, waarin ze meedanste. Na enkele maanden sluiten we de BOV-coaching succesvol af. Ondertussen is de BOV-deelnemer ook gezonder gaan eten onder begeleiding van een diëtiste en enkele kilo's afgevallen. Ze bereidt zich voor op de zomermaanden en wil deelnemen aan een wandelgroep (nordic walking) om in september opnieuw fit te zijn voor een nieuwe reeks Linedance.

Voorbeeld 7: Na opstart en 2 sessies bij de BOV-coach uitval

- Naam: Jurgen (fictief)
- Leeftijd: 56 jaar
- Situatie: Werkzoekend
- Beweegplan: Zelfstandig zwemmen
- Duur coaching: 3 uur

Een patiënt krijgt een voorschrift van zijn huisarts voor beweging, maar kan dit niet begrijpen. Hij gaat momenteel door een moeilijke periode in zijn leven. Vroeger was hij zeer sportief en als jongeling een goed gymnast. Door het voorschrift is hij beginnen nadenken hoe het komt dat hij niet meer aan sport doet. Hij begrijpt het eigenlijk zelf niet. Vervolgens ging hij op eigen initiatief (vóór het eerste gesprek met de BOV-coach) zwemmen. Het zwemmen op zich deed hem deugd, maar de kostprijs was erg hoog. Dit wekelijks betalen is moeilijk. De BOV-coaching neemt een informatieve wending over de verschillende mogelijkheden tot zwemmen in regio Leuven, de toegangsgelden (met vermeldingstarief indien omnio/VT) en de openingsuren. Verder had Jurgen nog enkele specifieke vragen. Bij afloop van het gesprek was hij zeer tevreden: hij heeft een nieuw zwembad ontdekt en weet nu dat hij recht heeft op een verminderd tarief. Op de volgende afspraak zien we elkaar terug, de BOV-deelnemer is 2 keer gaan zwemmen.

Maar het gesprek neemt een andere wending en toont aan dat de BOV-deelnemer een moeilijke mentale periode doormaakt. De focus op beweging lijkt het enkel te verergeren. We spreken samen af de BOV-coaching tijdelijk stop te zetten met een vrijblijvende uitnodiging voor de toekomst.

Voorbeeld 8: Heel vlot gelopen traject i.s.m. Personal Trainer

- Naam: Stefan (fictief)
- Leeftijd: 34 jaar
- Situatie: Werkend (universitair)
- Beweegplan: Dagelijkse Fysieke Activiteit verhogen met individueel beweegplan – doorverwijzing naar personal trainer
- Duur coaching: 2 uur

Stefan kampt met gezondheidsproblemen (rugproblematiek, zwakke knieën en enkels) en heeft een zittende job als IT'er. Na herhaaldelijke reeksen van kinesitherapie, is de conclusie van de huisarts: blijven bewegen. Maar steeds opnieuw hervalt hij in zijn oude gewoonte: een sedentaire levensstijl, daarom komt hij raad vragen bij de beweegcoach. We stellen samen een beweegplan op en ik informeer hem over het beweegaanbod. Hij besluit na afloop om zijn beweegplan kracht bij te zetten door 3-wekelijks een personal trainingssessie te volgen als extra ondersteuning. Gedurende 2 maanden slaagde hij erin zijn beweegplan vol te houden, mede dankzij de ondersteuning van de Personal Trainer. Ook nadien bleef Stefan samenwerken met de Personal Trainer. De BOV-coaching werd daarmee afgesloten.

Voorbeeld 9: Bewegen omwille van sociale redenen: eenzaamheid

- Naam: Veronique (fictief)
- Leeftijd: 66 jaar
- Situatie: Gepensioneerd
- Beweegplan: Deelname Motivatie in Beweging – Fun Fit
- Duur coaching: 6 uur

"Dankzij BOV heb ik terug vrienden en heb ik iets om naar uit te kijkende funfit op vrijdag. Nu ben ik zelfs voor het eerst achter het station in Kessel-Lo geweest, terwijl ik al jaren in Leuven woon "

Veronique is sinds lange tijd weduwe en eenzaam. De huisarts schrijft haar meer bewegen voor, zodat ze regelmatig mensen kan ontmoeten. Ze komt elke week naar de Fun Fit en is ondertussen een vaste waarde geworden in de groep. Wanneer het BOV-project verhuist van locatie (Kessel-Lo), blijkt Veronique nog nooit achter het station van Leuven te zijn geweest, terwijl ze al 10 jaar in Leuven woont in een sociale woning (Sint-Maartensdal). Tijdens de Fun Fit bespreken we de weg naar de nieuwe locatie. Ik vraag of het nodig is om samen de weg te wandelen, maar Veronique wil het alleen uitzoeken. Bij de aankomst op haar afspraak is ze blij, ze heeft haar grenzen verlegd. Vervolgens vraagt ze waar het sportcentrum van Kessel-Lo ligt, omdat daar wekelijks het zwemmen voor vrouwen doorgaat (hoorde ze van een andere BOV-deelnemer).

5.4. Wat vinden deelnemers van het aanbod, de eigen deelname en de prijs?[22]

5.4.1. Verhouding prijs/kwaliteit

Voorlopig wordt er niets aangerekend voor het coachingstraject, dus is dit minder van toepassing. Vanaf half september wordt in functie van de toekomstige uitrol en het zoeken naar haalbare betaling tijdens de evaluaties wel gevraagd hoeveel de mensen bereid zouden zijn te betalen voor dit traject (nu ze weten wat het inhoudt).

Dit staat uiteraard los van de eventuele betaling voor de activiteiten of de externe beweegdeskundige naar welke ze doorverwezen worden. Deze prijzen hangen af van aanbod tot aanbod. Zo ook zijn sommige BOV-groepen volledig gratis (Funfit), voor andere activiteiten (Aquafun) betalen ze een beperkte bijdrage. BOV doet hiervoor beroep op het Fonds vrijetijdsparticipatie. Ook zoekt de BOV-coach voortdurend uit van welke financiële tegemoetkomingen de deelnemer kan genieten (sportcheque, mutualiteit, …). Daar doorverwijzing naar een externe beweegdeskundige niet gratis is, stelt de BOV-coach dit niet voor aan mensen waarvan hij/zij weet dat die het financieel niet aankunnen.

5.4.2. Effectieve deelname aan groepsactiviteiten

Hoe vaak wordt deelgenomen aan groepsactiviteiten?
66,7 % geeft tijdens de evaluatie aan dat ze minstens 1 keer per maand deelnamen aan een activiteit in groep. 20% doet dit wekelijks.

		Frequency	Valid Percent
Valid	elke week	30	30,3
	om de 2 weken	16	16,2
	1 keer per maand	20	20,2
	nooit	33	33,3
	Total	99	100,0
Missing	99	143	
Total		242	

Tabel 31: frequentie deelname groepsactiviteiten

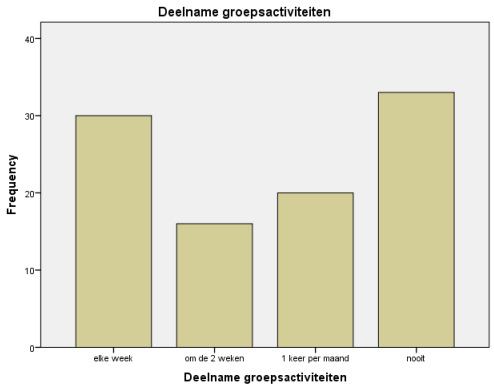


Diagram 16: frequentie deelname groepsactiviteiten

Waarom kiezen sommigen niet voor deelname aan groepsactiviteiten?
De deelnemers hadden verschillende redenen: moeilijk in te passen in dagelijks leven (7,3%), fysieke beperking (7,3%), slecht moment[23] (3,6%) of te weinig tijd (3,6%).

5.4.3. Tevredenheid over het aanbod

We ijveren ervoor om met BOV een aanbod op maat te bieden. Ervaren de deelnemers dit ook zo?

[22] Gebaseerd op 242 respondenten.
[23] Veel georganiseerde laagdrempelige beweegactiviteiten vinden overdag plaats.

Aan de mensen werd tijdens de evaluatie gevraagd wat ze vonden van het aanbod van activiteiten dat de coach kon aanbieden: de hele waaier van dagelijkse beweging, over individueel zelfstandig sporten tot bewegen in groep. De meerderheid vond het aanbod heel uitgebreid en zeer gevarieerd. Niemand heeft minder dan 3 (middelmatig) geantwoord.[24]

		Frequency	Valid Percent
Valid	Middelmatig	5	5,1
	Voldoende	43	43,4
	Heel uitgebreid en gevarieerd	51	51,5
	Total	99	100,0
Missing	99	143	
Total		242	

Tabel 32: tevredenheid over aanbod

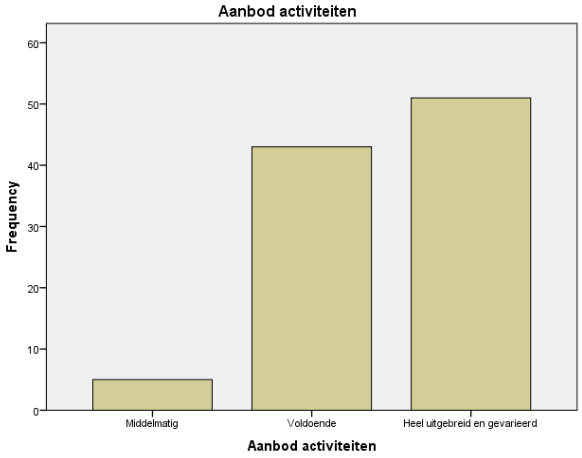


Diagram 17: tevredenheid over aanbod

5.4.4. Tevredenheid met de eigen deelname?

Bijna iedereen is tevreden over zijn of haar eigen deelname aan BOV.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Eerder niet tevreden	1	1,0
	Tussenin	1	1,0
	Eerder wel tevreden	8	8,0
	Heel tevreden	90	90,0
	Total	100	100,0
Missing	99	142	
Total		242	

Tabel 33: tevredenheid over eigen deelname

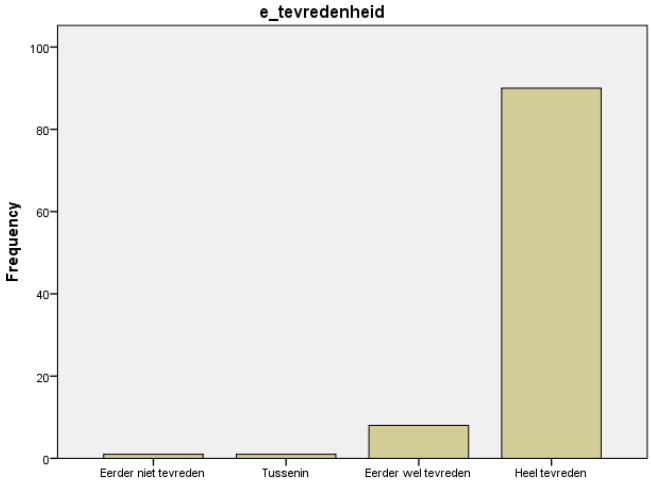


Diagram 18: tevredenheid over eigen deelname

[24] Omdat de coach dit bevraagt is de kans hier groot op 'sociale wenselijkheidseffecten' .

5.4.5. Voornemen om te blijven bewegen

Aan de deelnemers werd gepeild naar hun voornemen om te blijven bewegen.[25] 82,5 % antwoordt hierop dat ze 'akkoord zijn om in de toekomst te zullen proberen om minstens even fysiek actief te blijven als nu'.

		Frequency	*Valid Percent*
Valid	*Neutraal*	*2*	*2,0*
	Eerder wel akkoord	*16*	*16,0*
	Helemaal akkoord	*82*	*82,0*
	Total	*100*	*100,0*
Missing	*99*	*142*	
Total		*242*	

Tabel 34: voornemen om te blijven bewegen

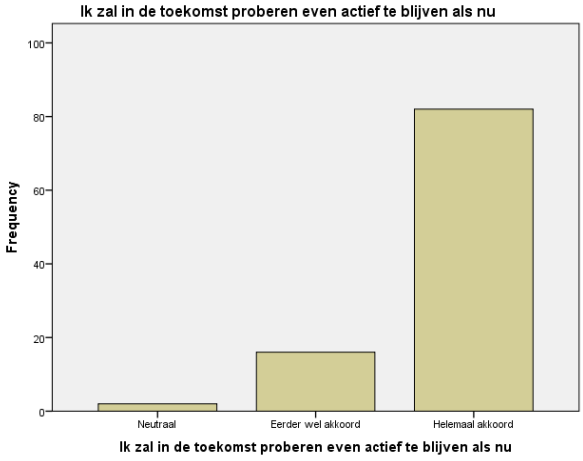


Diagram 19: voornemen om te blijven bewegen

[25] Hier kan ook sociale wenselijkheid meespelen, maar het geeft wel het voornemen en motivatie aan van de deelnemer.

CONCLUSIE m.b.t. de kwaliteit en het verloop van de BOV-coaching

Aangezien BOV staat voor BOV-coaching op maat, verschillen de coachingstrajecten sterk, in duur, in aantal contacturen en in soort van beweging waarmee de deelnemer aan de slag gaat.

Voor 145 mensen onderzochten we de beweegplannen:

- **33 mensen van de 145 volgden een expliciet individueel beweegplan** (richting en/of concreet ingevuld). Voor 26 mensen hiervan werd **een richting** aan het plan gegeven, **vooral cardio, dan ontspanning**.

- **112 van de 145 mensen bewegen in groep**, naast het individuele beweegplan dat de coach met iedereen opstelt.

- Deze 112 mensen hebben samen **181 'lidmaatschappen' of langerdurende 'deelnames' in beweeg- en sportgroepen in Leuven en omgeving**. De meesten volgen dus 2 soorten activiteiten. Daarvan volgt ongeveer de helft (57 pp) een activiteit binnen BOV zelf (joga, funfit, aquafun, cross-fit), gevolgd door activiteiten binnen het reguliere beweeg- en sportaanbod. Ook het aanbod van de WGCa en van buurtsport spreken BOV-deelnemers sterk aan.

- **Doorverwijzing naar externe beweegdeskundigen** komt **slechts met mondjesmaat** op gang. Voor veel mensen blijkt het een **(te) grote investering**. De coach biedt het ook enkel aan als hij ziet dat de persoon dit financieel aankan.

De helft van de deelnemers **is tevreden met de grote waaier aan aanbod** dat de BOV-coach hen aanbiedt binnen het beweegplan. Een iets kleinere groep vindt het aanbod voldoende.

De meesten van diegenen die een beweegplan in groep kregen, volgen ook effectief die activiteiten in groep, slechts enkelen niet, vooral daar het te moeilijk in te passen is in hun leven.

Bijna iedereen (90%) is tevreden over zijn eigen deelname aan de activiteiten.

Tot slot geeft 82% van de deelnemers aan in de toekomst even actief te zullen blijven bewegen.

6. WAT ZIJN DE EFFECTEN VAN BEWEEGCOACHING OP DE DEELNEMER?

Deze vraag is bij aanvang van deze projectperiode (2013-2014) niet geformuleerd als onderzoeksvraag door BOV. Dit is immers reeds in voldoende mate aangetoond door de twee voorgaande onderzoeken (zie BOV-rapporten 2012 en 2013). Maar toch beschikken we over enkele gegevens uit de intake- en evaluatiegesprekken die hierover aanwijzingen geven: gaan deelnemers effectief meer bewegen dankzij de coaching? Heeft bewegen gevolgen voor hun algemeen gezondheidsgevoel? Heeft het andere effecten? Het zijn dus beperkte gegevens, daar de nadruk lag op voorgaande onderzoeksvragen (lukt de verbreding naar doelgroep en artsen, belang van voorschrift en eventuele drempels voor 1 locatie)

In dit hoofdstuk gaan we na of de deelnemer effectief meer gaat bewegen dankzij de coaching. Of dit dan ook een effect heeft op de deelnemer in termen van gezondheidswinst, hoeven we niet meer te bewijzen. Daar bestaan voldoende wetenschappelijke evidenties voor.

6.1. Effecten op de algemene gezondheid

6.1.1 Algemene gezondheid bij de start van het traject

Bij de **intake** wordt aan de 308 deelnemers de vraag gesteld wat ze van hun gezondheid vinden.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Zeer slecht	12	4,1
	Slecht	64	21,9
	Redelijk, gaat wel	114	39,0
	Goed	97	33,2
	Zeer goed	5	1,7
	Total	292	100,0
Missing	99	16	
Total		308	

Tabel 35: algemene gezondheid bij start van BOV-traject

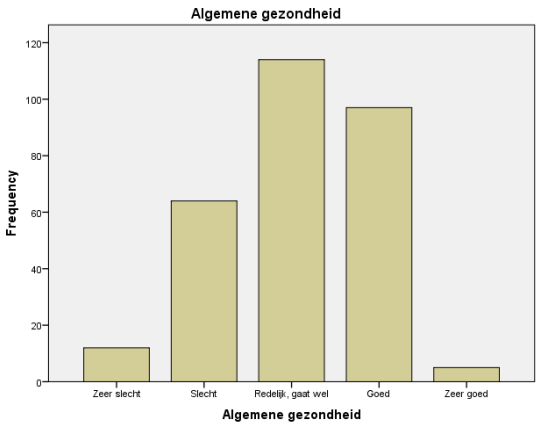


Diagram 20: algemene gezondheid bij start van BOV-traject

6.1.2 Algemene gezondheid bij de evaluatie

Bij de evaluatie wordt dezelfde vraag gesteld (97 respondenten).

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Algemene gezondheid * Algemene gezondheid evaluatie	97	40,1%	145	59,9%	242	100,0%

		Algemene gezondheid evaluatie					Total
		Zeer slecht	Slecht	Redelijk, gaat wel	Goed	Zeer goed	
Algemene gezondheid	Zeer slecht	1	1	3	1	0	6
	Slecht	0	6	9	10	0	25
	Redelijk, gaat wel	2	4	16	18	2	42
	Goed	1	1	6	7	6	21
	Zeer goed	0	0	0	3	0	3
Total		4	12	34	39	8	97

Tabel 36: algemene gezondheid bij evaluatie

Besluit:
50 van de 97 mensen zijn vooruit gegaan.
30 van de 97 mensen zijn op hetzelfde niveau gebleven.
17 van de 97 mensen zijn achteruit gegaan.

6.2. Effecten op de mate van beweging

6.1.1. Hoeveel bewegen personen al bij de intake?[26]

We onderscheiden hierbij drie categorieën: licht fysieke activiteit, matig fysieke activiteit en intensieve fysieke activiteit. Zowel bij de intake als bij de evaluatie ging de BOV-coach na hoeveel de deelnemer op dat moment beweegt.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Lichte	257	85,4%	44	14,6%	301	100,0%
i_Matige	257	85,4%	44	14,6%	301	100,0%
i_Intense	257	85,4%	44	14,6%	301	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
i_Lichte	Mean		2,44	,213
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,02	
		Upper Bound	2,85	
	5% Trimmed Mean		2,01	
	Median		1,00	
	Variance		11,645	
	Std. Deviation		3,413	
	Minimum		0	
	Maximum		21	
	Range		21	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		2,151	,152

[26] Gebaseerd op 301 deelnemers, 308 deelnemers min 7 outliners: er werden 7 outliers uit de dataset verwijderd. D.w.z. dat deze cijfers zo ver uit de lijn van de anderen lagen dat ze de cijfers te fel zouden scheeftrekken.

	Kurtosis		6,734	,303
i_Matige	Mean		,37	,077
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,21	
		Upper Bound	,52	
	5% Trimmed Mean		,12	
	Median		,00	
	Variance		1,506	
	Std. Deviation		1,227	
	Minimum		0	
	Maximum		7	
	Range		7	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		3,885	,152
	Kurtosis		15,055	,303
i_Intense	Mean		,05	,029
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,01	
		Upper Bound	,11	
	5% Trimmed Mean		,00	
	Median		,00	
	Variance		,220	
	Std. Deviation		,469	
	Minimum		0	
	Maximum		7	
	Range		7	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		13,209	,152
	Kurtosis		190,974	,303

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
i_Lichte	,00	,00	,00	1,00	5,00	7,00	8,00
i_Matige	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	3,00
i_Intense	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00

Tabel 37: intensiteit bewegen bij intake

- Gemiddeld aantal keer licht intensief bewegen is 2,44. Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 5. De helft van de deelnemers zit ergens tussen 0 en 5, met een **piek van deelnemers die 0 keer licht fysiek actief zijn per week**.
- Gemiddeld aantal keer matig intensief bewegen is 0,37. Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 0. **Het grootste deel van de deelnemers is dus 0 keer matig fysiek actief per week.**
- Gemiddeld aantal keer intensief bewegen is 0,05. Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 0. **Het grootste deel van de deelnemers is dus 0 keer intensief fysiek actief per week**.

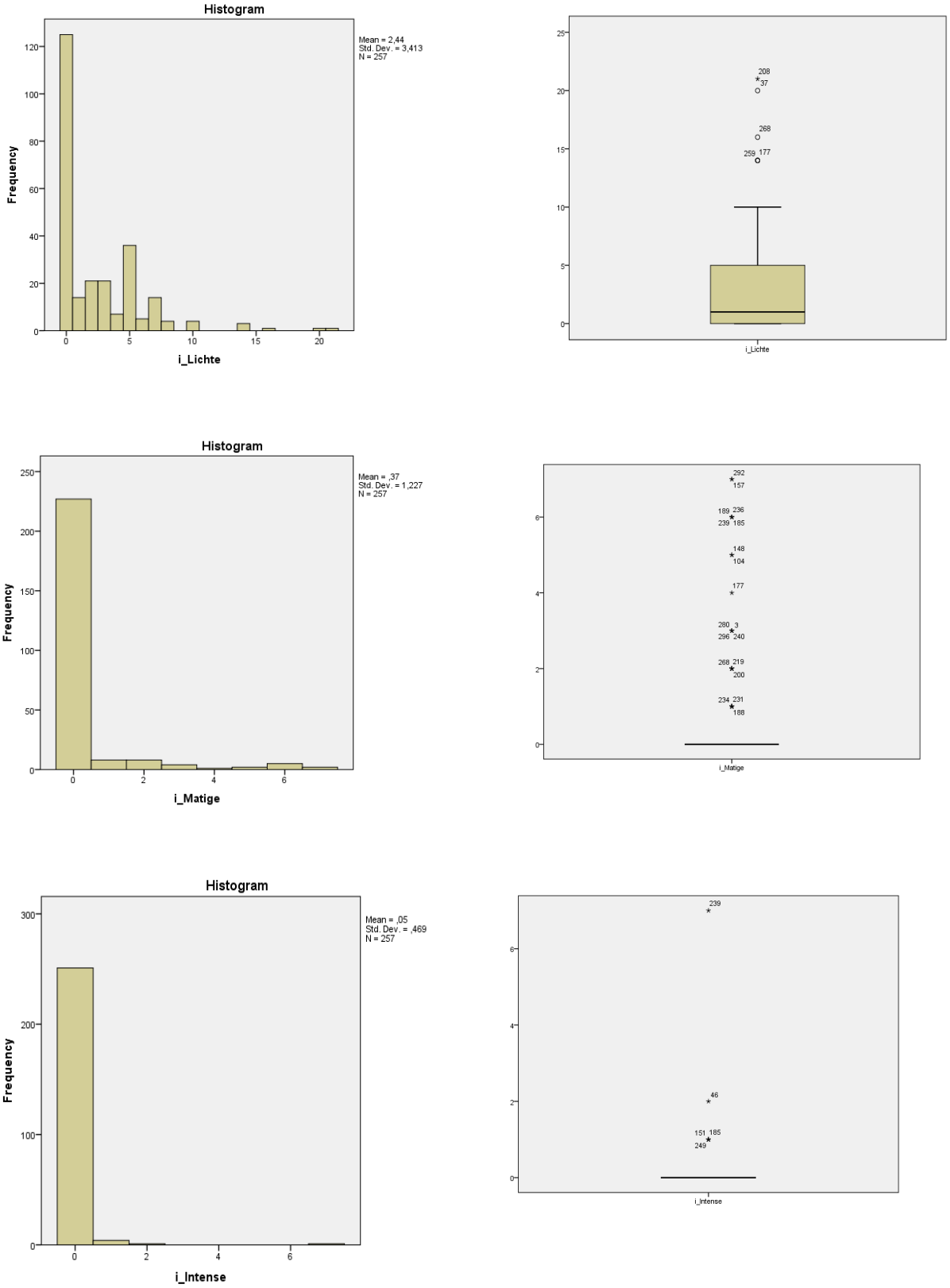


Diagram 21: intensiteit bewegen bij intake

6.2.2. Hoeveel bewegen mensen bij evaluatie?[27]

LICHTE FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ DE EVALUATIE

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Lichte	83	34,6%	157	65,4%	240	100,0%
e_lichte	83	34,6%	157	65,4%	240	100,0%

			Statistic	Std. Error
i_Lichte	Mean		2,64	,349
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,95	
		Upper Bound	3,33	
	5% Trimmed Mean		2,33	
	Median		2,00	
	Variance		10,087	
	Std. Deviation		3,176	
	Minimum		0	
	Maximum		14	
	Range		14	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		1,175	,264
	Kurtosis		,987	,523
e_lichte	Mean		3,73	,458
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,82	
		Upper Bound	4,65	
	5% Trimmed Mean		3,27	
	Median		3,00	
	Variance		17,417	
	Std. Deviation		4,173	
	Minimum		0	
	Maximum		21	
	Range		21	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		1,715	,264
	Kurtosis		3,457	,523

Tabel 38: lichte fysieke activiteit bij evaluatie

[27] Deze vergelijking gebeurde op basis van de dataset met respondenten die reeds een evaluatie gehad hebben. Hierbij werden nog twee outliers eruit gehaald.

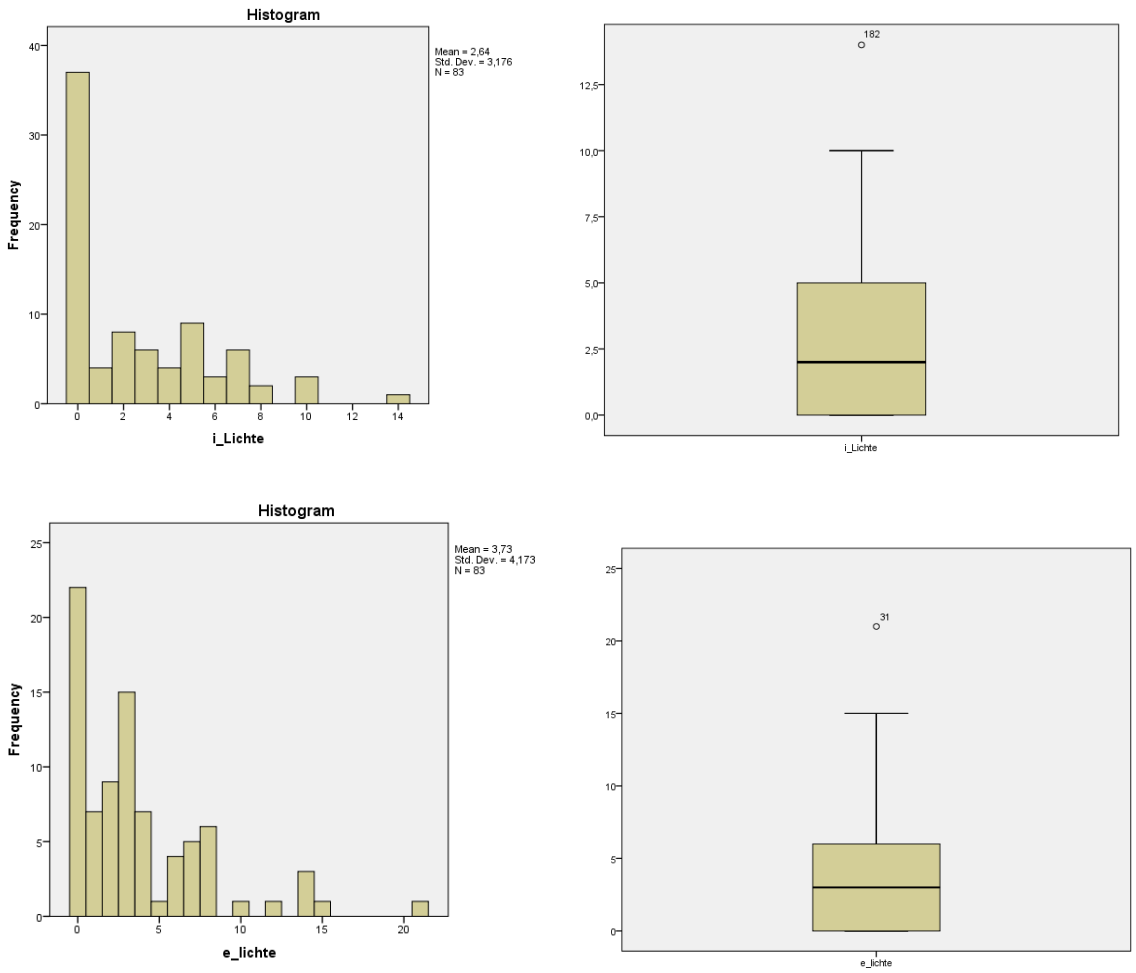


Diagram 22: lichte fysieke activiteit bij evaluatie

Bij de evaluatie was er meer spreiding en waren er minder mensen die “0” geantwoord hebben.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	i_Lichte	2,64	83	3,176	,349
	e_lichte	3,73	83	4,173	,458

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	i_Lichte - e_lichte	-1,096	4,650	,510	-2,112	-,081	-2,148	82	,035

Besluit: gemiddeld blijken respondenten tijdens de evaluatie meer licht fysiek actief dan bij de intake. Dit verschil is significant (α=0,05).

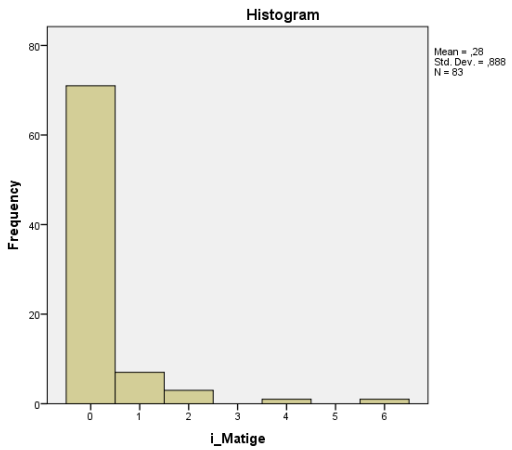
MATIGE FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ DE EVALUATIE

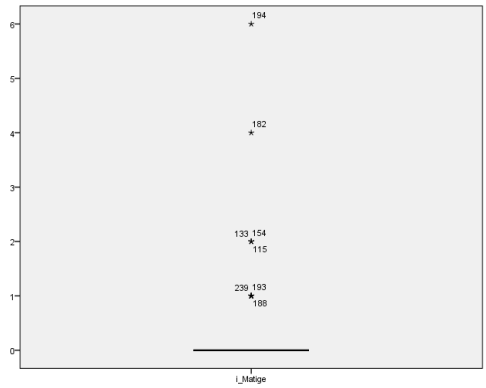
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Matige	83	34,6%	157	65,4%	240	100,0%
e_matige	83	34,6%	157	65,4%	240	100,0%

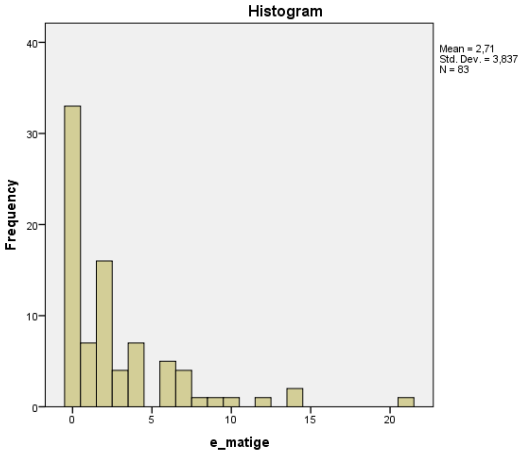
Descriptives

			Statistic	Std. Error
i_Matige	Mean		,28	,097
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,08	
		Upper Bound	,47	
	5% Trimmed Mean		,12	
	Median		,00	
	Variance		,788	
	Std. Deviation		,888	
	Minimum		0	
	Maximum		6	
	Range		6	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		4,563	,264
	Kurtosis		24,211	,523
e_matige	Mean		2,71	,421
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,87	
		Upper Bound	3,55	
	5% Trimmed Mean		2,18	
	Median		2,00	
	Variance		14,720	
	Std. Deviation		3,837	
	Minimum		0	
	Maximum		21	
	Range		21	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		2,299	,264
	Kurtosis		6,623	,523

Tabel 39: matige fysieke activiteit bij evaluatie







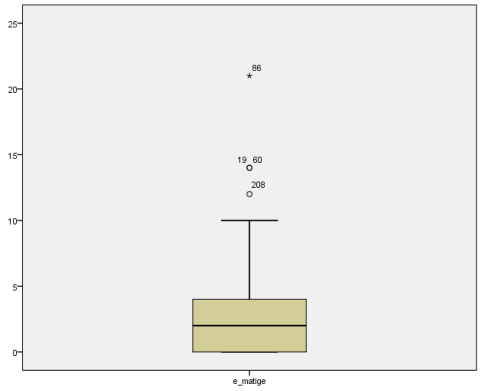


Diagram 23: matige fysieke activiteit bij evaluatie

Bij de evaluatie was er meer spreiding en waren er minder mensen die "0" geantwoord hebben.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	i_Matige	,28	83	,888	,097
	e_matige	2,71	83	3,837	,421

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	i_Matige - e_matige	-2,434	3,832	,421	-3,271	-1,597	-5,785	82	,000

Besluit: Gemiddeld blijken respondenten **tijdens de evaluatie veel meer matig fysiek actief dan bij de intake**. Dit verschil is significant (α=0,05).

INTENSE FYSIEKE ACTIVITEIT BIJ DE EVALUATIE

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Intense	83	34,6%	157	65,4%	240	100,0%
e_intense	83	34,6%	157	65,4%	240	100,0%

Opmerking: in de tabel hieronder werd de 'intense fysieke activiteit bij de intake' niet opgenomen omdat alle respondenten die een evaluatie gehad hebben hierop "0" antwoordden.

			Statistic	Std. Error
e_intense	Mean		,36	,085
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,19	
		Upper Bound	,53	
	5% Trimmed Mean		,25	

Median	,00	
Variance	,599	
Std. Deviation	,774	
Minimum	0	
Maximum	3	
Range	3	
Interquartile Range	0	
Skewness	2,175	,264
Kurtosis	3,870	,523

Tabel 40: intense fysieke activiteit bij evaluatie

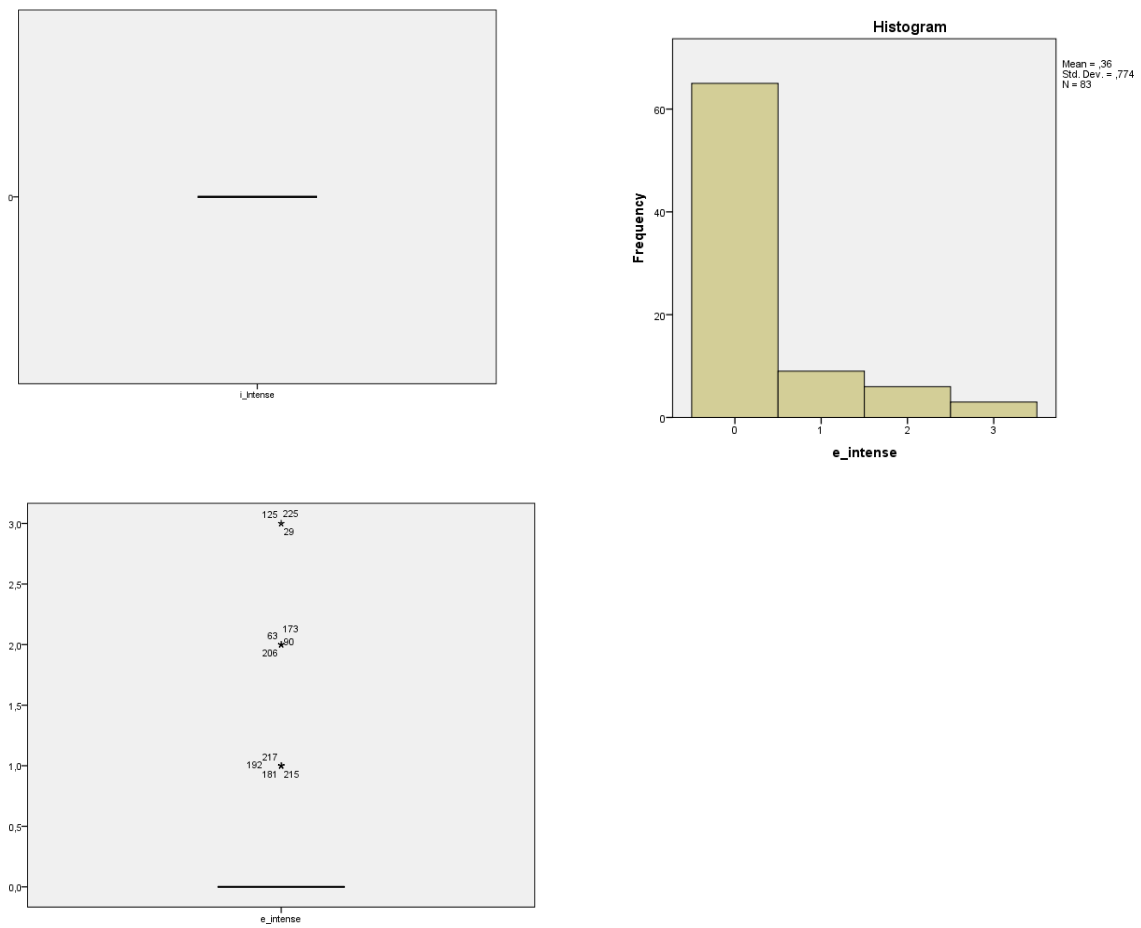


Diagram 24: intense fysieke activiteit bij evaluatie

Bij de evaluatie bleken er toch **enkele respondenten intens fysiek actief**, hoewel het grootste deel van hen nog steeds “0” antwoordde. **Bij de intake antwoordde iedereen “0”.**

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	i_Intense	,00	83	,000	,000
	e_intense	,36	83	,774	,085

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	i_Intense - e_intense	-,361	,774	,085	-,531	-,192	-4,253	82	,000

Besluit: gemiddeld blijken respondenten tijdens de evaluatie meer intens fysiek actief dan bij de intake. Dit verschil is significant (α=0,05).

6.3. Effecten op het BMI en gewicht

6.3.1. BMI bij de intakes[28]

Het gemiddelde BMI bij intake van de deelnemers is 28,4. Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 7,6. De middelste helft van de deelnemers zit ergens tussen 24 en 31. Er zijn ook een aantal deelnemers met een extreem hoge BMI (tussen 40 en 50).

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BMI bij intake	265	86,3%	42	13,7%	307	100,0%

			Statistic	Std. Error
BMI bij intake	Mean		28,439	,3539
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27,742	
		Upper Bound	29,136	
	5% Trimmed Mean		28,200	
	Median		27,900	
	Variance		33,198	
	Std. Deviation		5,7618	
	Minimum		17,6	
	Maximum		46,5	
	Range		28,9	
	Interquartile Range		7,6	
	Skewness		,609	,150
	Kurtosis		,167	,298

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
BMI bij intake	20,000	21,640	24,000	27,900	31,550	36,360	39,840

Tabel 41: BMI bij intake

[28] Gebaseerd op 307 deelnemers: er werd één outlier uit de dataset gehaald, deze zou de cijfers nog meer scheef trekken, vermoedelijk een foute notatie.

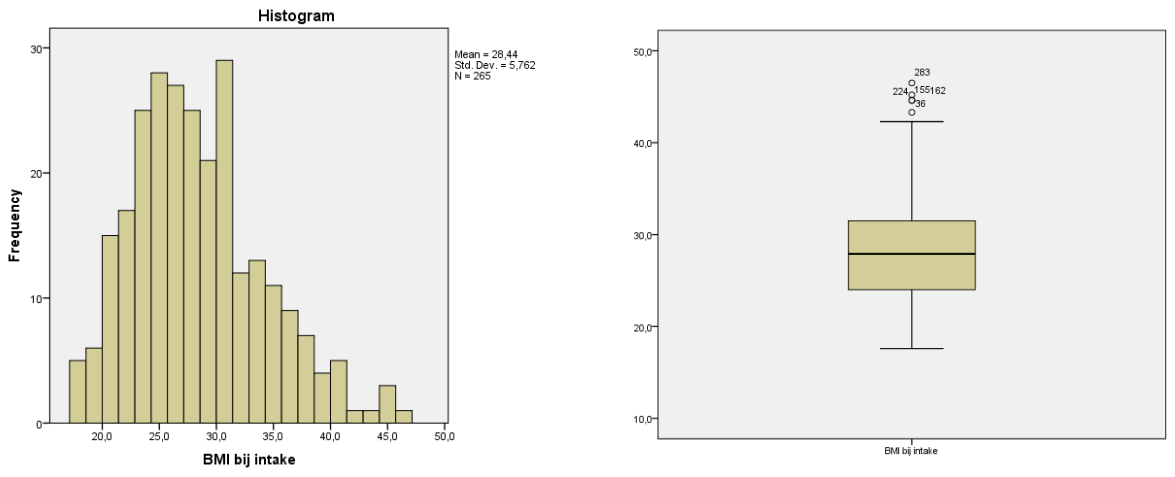


Diagram 25: BMI bij intake

6.3.2. BMI bij de evaluatie[29]

Van de respondenten waar een evaluatie bij werd afgenomen was de BMI bij intake gemiddeld 28,8 en de BMI bij evaluatie gemiddeld 28,6.

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	BMI bij intake	28,803	79	5,4034	,6079
	BMI bij evaluatie	28,585	79	5,4896	,6176

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	BMI bij intake - BMI bij evaluatie	,2180	1,4191	,1597	-,0999	,5358	1,365	78	,176

Tabel 42: BMI bij evaluatie

Er is **geen significant verschil tussen de BMI tijdens de intake en de BMI tijdens de evaluatie (**α=0,05). We kunnen niet aantonen dat de BMI significant gedaald is bij de deelnemers van BOV. Dit is belangrijke informatie voor huisartsen. BOV is geen methodiek om uitsluitende te focussen op gewichtsverlies; bewegen kan wel een hefboom zijn om ook aan andere gezondheidsthema's te werken, zoals gezonde voeding. Zo kan BOV onrechtstreeks bijdragen aan gewichtsverlies.

6.3.3. Gewicht bij de start van het traject[30]

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

[29] Gebaseerd op 79 respondenten.
[30] Gebaseerd op 308 deelnemers.

i_Gewicht	268	87,0%	40	13,0%	308	100,0%

			Statistic	Std. Error
i_Gewicht	Mean		80,111	1,1558
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	77,836	
		Upper Bound	82,387	
	5% Trimmed Mean		79,396	
	Median		77,650	
	Variance		358,014	
	Std. Deviation		18,9213	
	Minimum		41,5	
	Maximum		147,0	
	Range		105,5	
	Interquartile Range		27,9	
	Skewness		,550	,149
	Kurtosis		,085	,297

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
i_Gewicht	52,135	57,000	65,100	77,650	93,000	105,050	116,100

Tabel 43: Gemiddeld gewicht bij intake

Gemiddeld gewicht bij intake van de deelnemers is 80,1 kg. Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 27,9: dit is een grote spreiding! Er is veel verschil in gewicht. De middelste helft van de deelnemers heeft een gewicht tussen 65,1 kg en 93 kg.

Opmerking: Gezien het grote verschil in startgewicht lijkt dit minder relevant. BMI zegt veel meer.

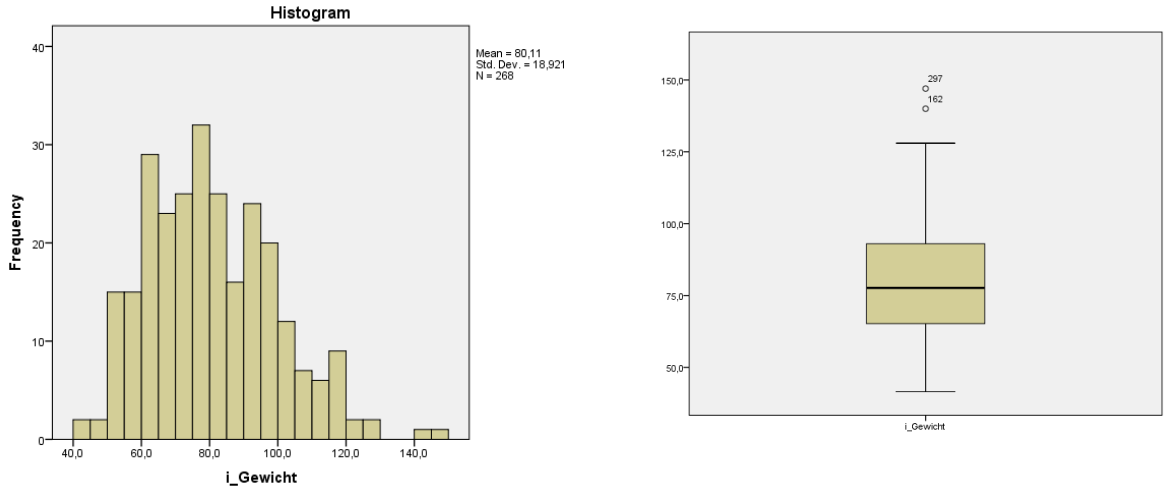


Diagram 26: gemiddeld gewicht bij intake

Opmerking: Buikomtrek wordt enkel gemeten als de mensen dit zelf interessant vinden (in vorige projectperiodes werd dit wel standaard gedaan. Daar dit nu geen gevraagde onderzoeksvraag was, lieten we de keuze aan de mensen zelf). Dit maakt wel dat het aantal 'missing values' te hoog is om er een goede analyse van te kunnen maken.

6.4. Effecten op mentaal vlak: effecten op energie en stress

We wilden ook nagaan of onze deelnemers meer/minder energie en minder/ meer stress krijgen als ze meer gaan bewegen.

6.4.1. Energie bij de start van het traject[31]

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Energie	292	94,8%	16	5,2%	308	100,0%

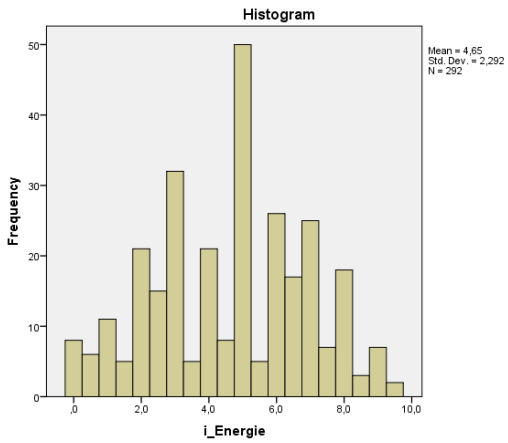
			Statistic	Std. Error
i_Energie	Mean		4,649	,1341
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,385	
		Upper Bound	4,913	
	5% Trimmed Mean		4,664	
	Median		5,000	
	Variance		5,252	
	Std. Deviation		2,2917	
	Minimum		,0	
	Maximum		9,5	
	Range		9,5	
	Interquartile Range		3,5	
	Skewness		-,087	,143
	Kurtosis		-,790	,284

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
i_Energie	,825	1,500	3,000	5,000	6,500	8,000	8,000

Tabel 44: Energieniveau bij start van traject

Gemiddeld energieniveau bij intake van de deelnemers is 4,6 (op een schaal van 0 tot 10). Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 3,5. Er is een vrij grote spreiding. De middelste helft van de deelnemers antwoordde tussen 3 en 6,5.

[31] Gebaseerd op 308 deelnemers.



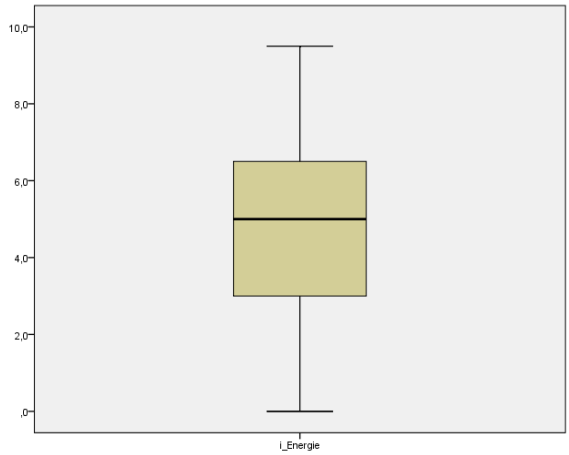


Diagram 27: Energieniveau bij start van traject

6.4.2. Energie bij de evaluatie[32]

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Energie	88	36,4%	154	63,6%	242	100,0%
e_energie	88	36,4%	154	63,6%	242	100,0%

			Statistic	Std. Error
i_Energie	Mean		4,653	,2373
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,182	
		Upper Bound	5,125	
	5% Trimmed Mean		4,639	
	Median		5,000	
	Variance		4,956	
	Std. Deviation		2,2262	
	Minimum		1,0	
	Maximum		9,5	
	Range		8,5	
	Interquartile Range		3,5	
	Skewness		,116	,257
	Kurtosis		-1,114	,508
e_energie	Mean		5,898	,2263
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,448	
		Upper Bound	6,348	
	5% Trimmed Mean		5,986	
	Median		6,250	
	Variance		4,507	
	Std. Deviation		2,1229	
	Minimum		,0	
	Maximum		9,5	
	Range		9,5	
	Interquartile Range		2,5	
	Skewness		-,591	,257

[32] Gebaseerd op 88 respondenten.

Kurtosis	,059	,508

Tabel 45: Energieniveau bij einde van traject

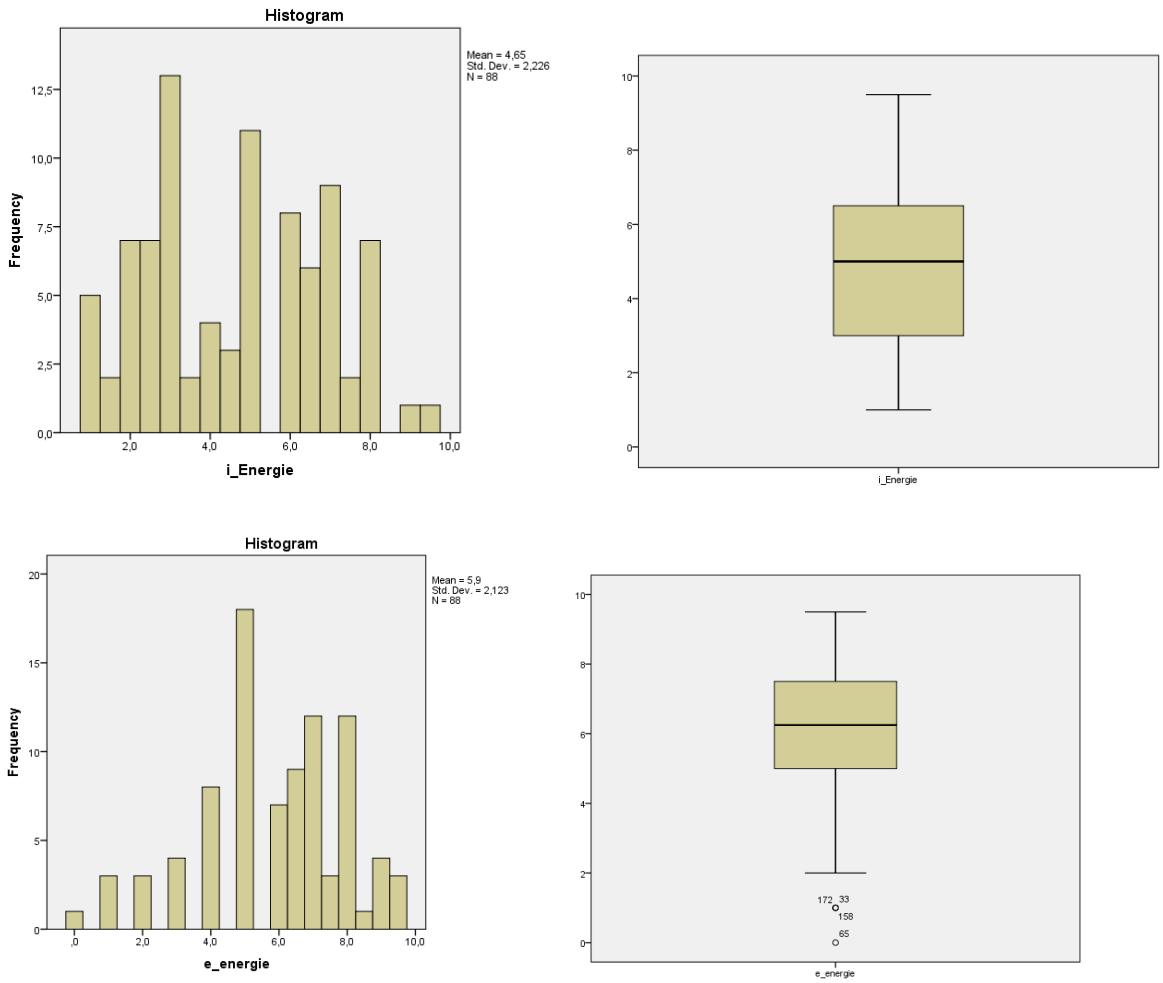


Diagram 28: Energieniveau bij einde van traject

Bij de evaluatie was er minder spreiding en bleken respondenten gemiddeld meer energie te hebben.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	i_Energie	4,653	88	2,2262	,2373
	e_energie	5,898	88	2,1229	,2263

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	i_Energie - e_energie	-1,2443	2,5775	,2748	-1,7904	-,6982	-4,529	87	,000

Besluit: gemiddeld blijken respondenten tijdens de evaluatie meer energie te hebben dan bij de intake. Dit verschil is significant (α=0,05).

6.4. 3. Stress bij de start van het traject[33]

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Stress	289	93,8%	19	6,2%	308	100,0%

			Statistic	Std. Error
i_Stress	Mean		5,306	,1702
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,971	
		Upper Bound	5,641	
	5% Trimmed Mean		5,363	
	Median		6,000	
	Variance		8,369	
	Std. Deviation		2,8928	
	Minimum		,0	
	Maximum		10,0	
	Range		10,0	
	Interquartile Range		5,0	
	Skewness		-,398	,143
	Kurtosis		-1,077	,286

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
i_Stress	,000	1,000	3,000	6,000	8,000	8,500	9,000

Tabel 46: stressniveau bij start van traject

Gemiddeld stressniveau bij intake van de deelnemers is 5,3 (op een schaal van 0 tot 10). Het interkwartielbereik (de middelste 50% van de gegevens) kent een spreiding van 5. Er is een zeer grote spreiding: de antwoorden waren heel erg uiteenlopend. De middelste helft van de deelnemers gaf een antwoord tussen 3 en 8.

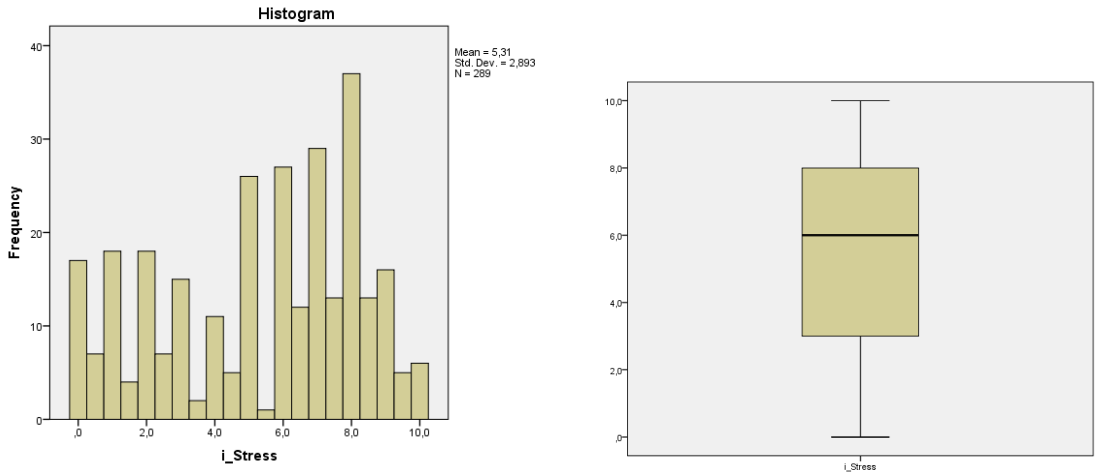


Diagram 29: stressniveau bij start van traject

[33] Gebaseerd op 308 deelnemers.

6.4.4. Stress bij de evaluatie[34]

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
i_Stress	85	35,1%	157	64,9%	242	100,0%
e_stress	85	35,1%	157	64,9%	242	100,0%

			Statistic	Std. Error
i_Stress	Mean		5,571	,3098
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,955	
		Upper Bound	6,187	
	5% Trimmed Mean		5,650	
	Median		6,000	
	Variance		8,156	
	Std. Deviation		2,8558	
	Minimum		,0	
	Maximum		10,0	
	Range		10,0	
	Interquartile Range		5,0	
	Skewness		-,498	,261
	Kurtosis		-,871	,517
e_stress	Mean		4,735	,3103
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,118	
		Upper Bound	5,352	
	5% Trimmed Mean		4,742	
	Median		5,000	
	Variance		8,182	
	Std. Deviation		2,8604	
	Minimum		,0	
	Maximum		10,0	
	Range		10,0	
	Interquartile Range		5,3	
	Skewness		-,028	,261
	Kurtosis		-1,193	,517

Tabel 47: stressniveau bij einde van traject

[34] Gebaseerd op 85 respondenten.

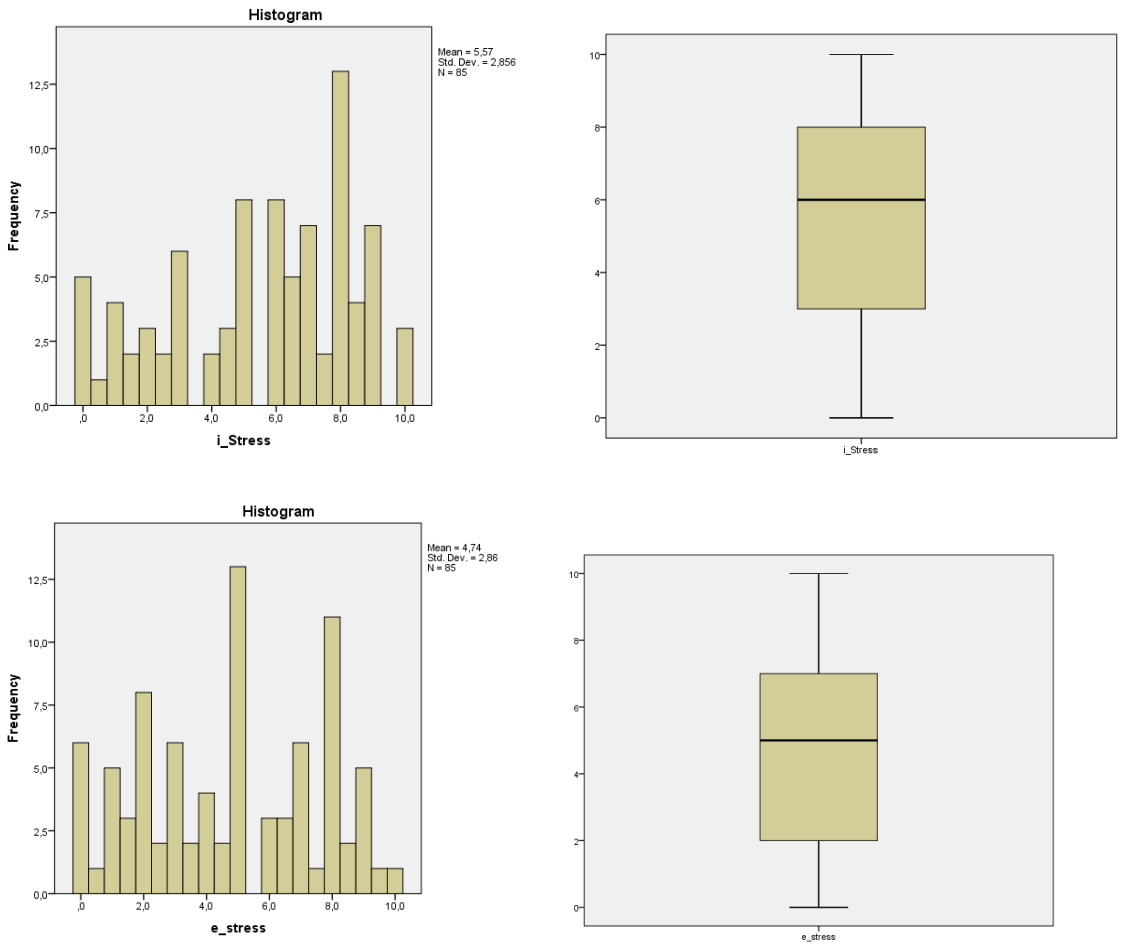


Diagram 30: stressniveau bij einde van traject

Bij de evaluatie hadden deelnemers gemiddeld iets minder stress en was er meer spreiding.

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	i_Stress	5,571	85	2,8558	,3098
	e_stress	4,735	85	2,8604	,3103

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	i_Stress - e_stress	,8353	3,0270	,3283	,1824	1,4882	2,544	84	,013

Besluit: gemiddeld blijken respondenten **bij de evaluatie minder stress te hebben dan bij de intake**. Dit verschil is significant (α=0,05). BOV blijkt wel meer invloed te hebben op het verhogen van de energie dan op het verlagen van de stress.

6.5. Andere effecten van BOV-coaching op deelnemers[35]

Bij de evaluatie werd de vraag gesteld: “Welk effect heeft "meer bewegen" gehad op … (aantal elementen)”?

6.5.1. Op het algemeen beter voelen

Voel je je over het algemeen beter?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Helemaal niet akkoord	1	1,0
	Eerder niet akkoord	1	1,0
	Neutraal	7	7,1
	Eerder wel akkoord	17	17,3
	Helemaal akkoord	72	73,5
	Total	98	100,0
Missing	99	144	
Total		242	

Tabel 48: verbetering van algemene gezondheid

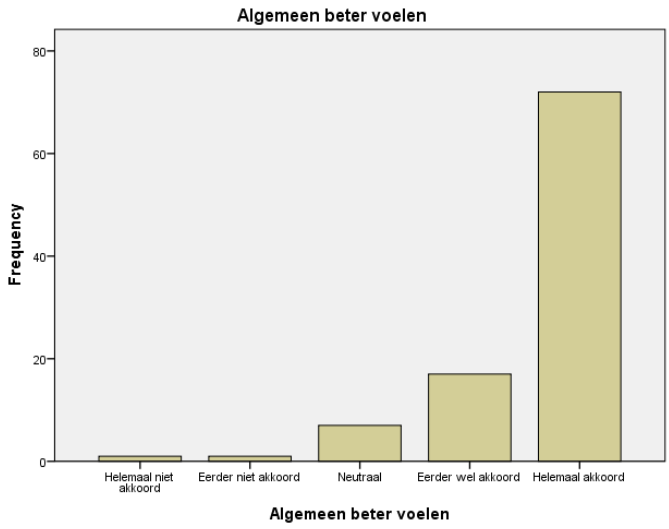


Diagram 31: verbetering van algemene gezondheid

6.5.2. Op TV-kijkgedrag

Kijk je minder TV?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	48	49,0
	Helemaal niet akkoord	7	7,1
	Eerder niet akkoord	2	2,0
	Neutraal	14	14,3
	Eerder wel akkoord	15	15,3
	Helemaal akkoord	12	12,2
	Total	98	100,0
Missing	99	144	
Total		242	

Tabel 49: minder TV kijken

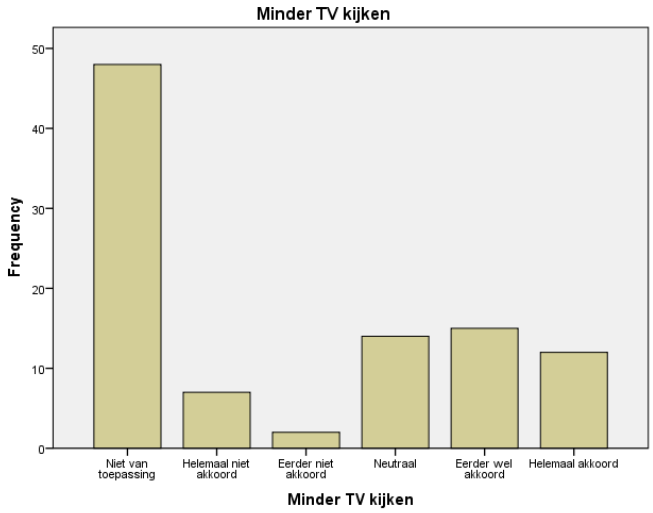


Diagram 32: minder TV kijken

[35] Gebaseerd op 242 deelnemers.

6.5.3. Op het al dan niet meer naar buiten komen

Kom je meer naar buiten?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	11	11,3
	Helemaal niet akkoord	6	6,2
	Eerder niet akkoord	4	4,1
	Neutraal	11	11,3
	Eerder wel akkoord	23	23,7
	Helemaal akkoord	42	43,3
	Total	97	100,0
Missing	99	145	
Total		242	

Tabel 50: meer naar buiten komen

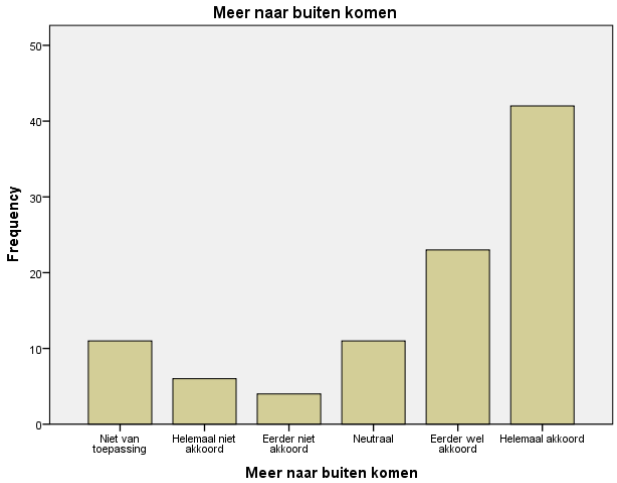


Diagram 33: meer naar buiten komen

6.5.4. Op het rookgedrag

Rook je minder?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	70	71,4
	Helemaal niet akkoord	10	10,2
	Eerder niet akkoord	3	3,1
	Neutraal	5	5,1
	Eerder wel akkoord	8	8,2
	Helemaal akkoord	2	2,0
	Total	98	100,0
Missing	99	144	
Total		242	

Tabel 51: minder roken

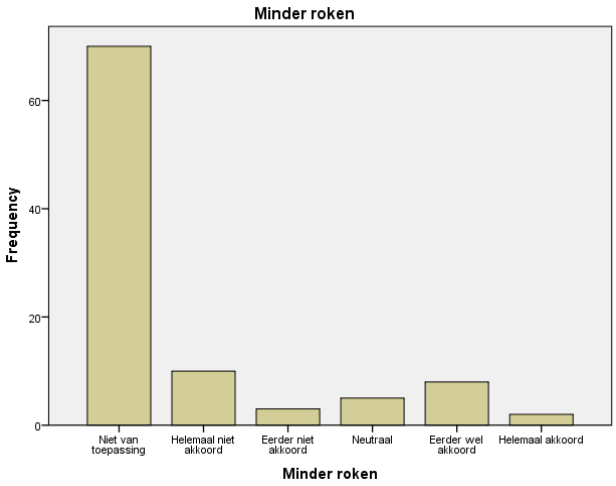


Diagram 34: minder roken

6.5.5. Op het eetgedrag

Eet je gezonder en snoep je minder?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	21	21,6
	Helemaal niet akkoord	15	15,5
	Eerder niet akkoord	7	7,2
	Neutraal	20	20,6
	Eerder wel akkoord	19	19,6
	Helemaal akkoord	15	15,5
	Total	97	100,0
Missing	99	145	
Total		242	

Tabel 52: gezonder eten

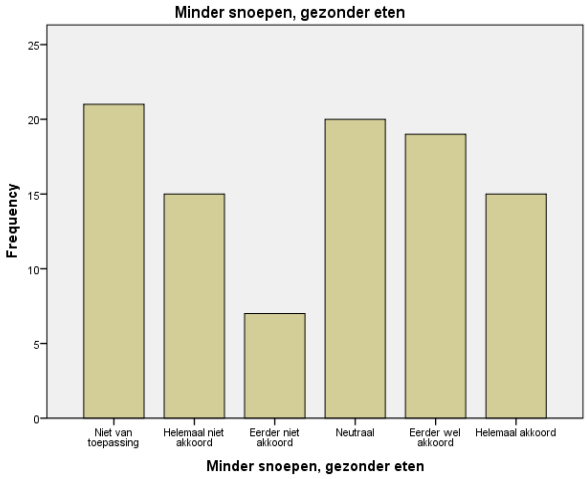


Diagram 35: gezonder eten

6.5.6. Op het zich al dan niet beter voelen bij het opstaan

Voel je je beter bij het opstaan?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	16	16,5
	Helemaal niet akkoord	10	10,3
	Eerder niet akkoord	2	2,1
	Neutraal	23	23,7
	Eerder wel akkoord	24	24,7
	Helemaal akkoord	22	22,7
	Total	97	100,0
Missing	99	145	
Total		242	

Tabel 53: beter voelen bij opstaan

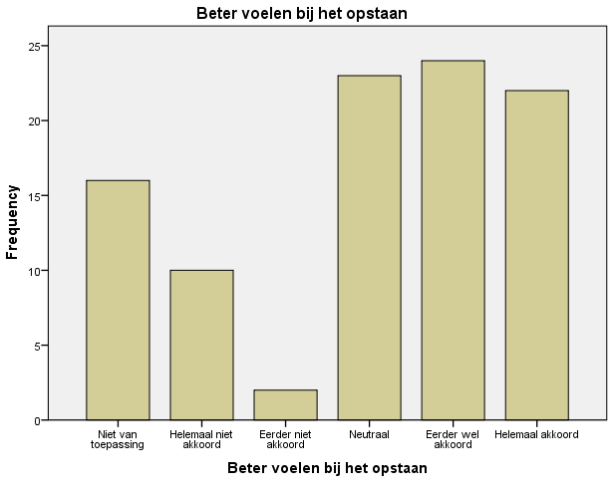


Diagram 36: beter voelen bij opstaan

6.5.7. Op de houding

Heb je een betere houding?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	13	13,3
	Helemaal niet akkoord	9	9,2
	Eerder niet akkoord	5	5,1
	Neutraal	19	19,4
	Eerder wel akkoord	24	24,5
	Helemaal akkoord	28	28,6
	Total	98	100,0
Missing	99	144	
Total		242	

Tabel 54:betere houding

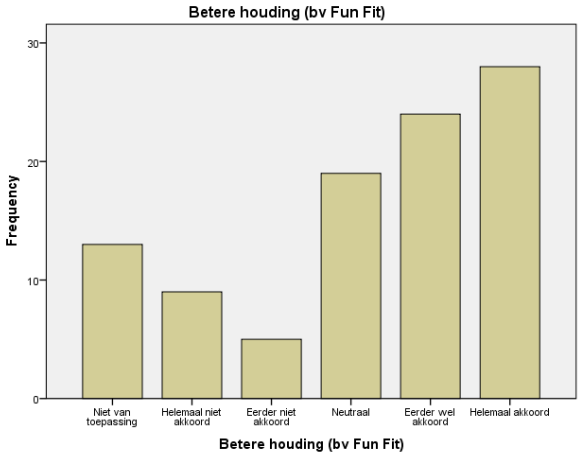


Diagram 37:betere houding

6.5.8. Op het feit of men al dan niet problemen beter aankan

Heb je het gevoel dat je problemen beter aankunt?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	24	25,3
	Helemaal niet akkoord	19	20,0
	Eerder niet akkoord	3	3,2
	Neutraal	23	24,2
	Eerder wel akkoord	10	10,5
	Helemaal akkoord	16	16,8
	Total	95	100,0
Missing	99	147	
Total		242	

Tabel 54: beter aankunnen van problemen

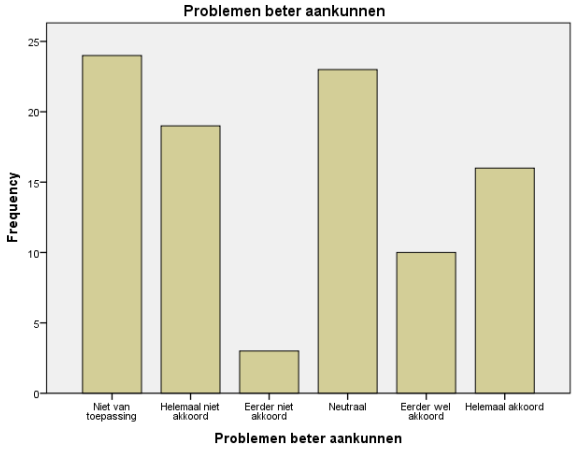


Diagram 38: beter aankunnen van problemen

6.5.9. Misschien heeft bewegen geen effect?

		Frequency	Valid Percent
valid	Niet van toepassing	6	6,3
	Helemaal niet akkoord	80	84,2
	Eerder niet akkoord	4	4,2
	Neutraal	5	5,3
	Total	95	100,0
Missing	99	147	
Total		242	

Tabel 55: misschien heeft bewegen geen effect

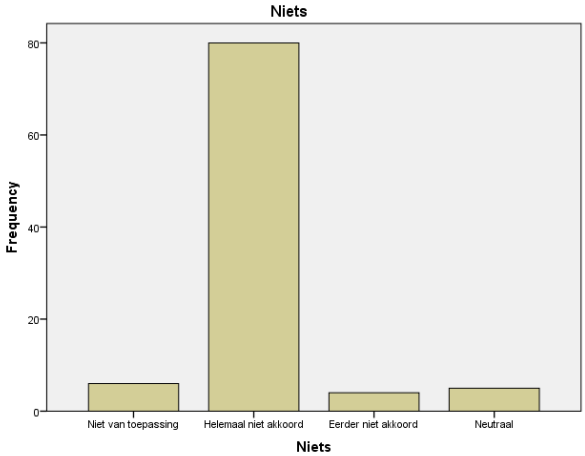


Diagram 39: misschien heeft bewegen geen effect

6.5.10. Op het zich al dan niet slechter voelen

Voel je je slechter?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	5	5,3
	Helemaal niet akkoord	80	84,2
	Eerder niet akkoord	3	3,2
	Neutraal	6	6,3
	Helemaal akkoord	1	1,1
	Total	95	100,0
Missing	99	147	
Total		242	

Tabel 56: zich slechter voelen

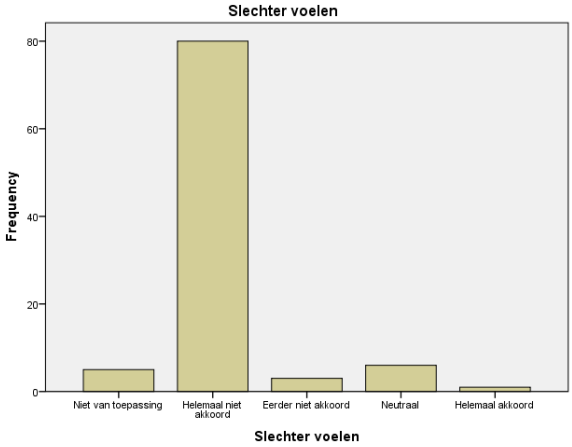


Diagram 40: zich slechter voelen

6.5.11. Op het al dan niet contact hebben met anderen

Heb je meer contact met anderen?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Niet van toepassing	7	7,3
	Helemaal niet akkoord	19	19,8
	Eerder niet akkoord	4	4,2
	Neutraal	11	11,5
	Eerder wel akkoord	22	22,9
	Helemaal akkoord	33	34,4
	Total	96	100,0
Missing	99	146	
Total		242	

Tabel 57: meer sociaalcontact hebben

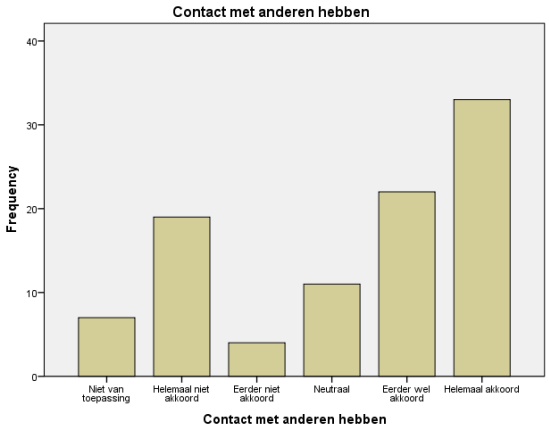


Diagram 41: meer social contact hebben

6.5.12. Op het al dan niet beter slapen

Slaap je beter?

		Frequency	Valid Percent
valid	Niet van toepassing	17	17,7
	Helemaal niet akkoord	10	10,4
	Eerder niet akkoord	2	2,1
	Neutraal	14	14,6
	Eerder wel akkoord	14	14,6
	Helemaal akkoord	39	40,6
	Total	96	100,0
Missing	99	146	
Total		242	

Tabel 58: beter slapen

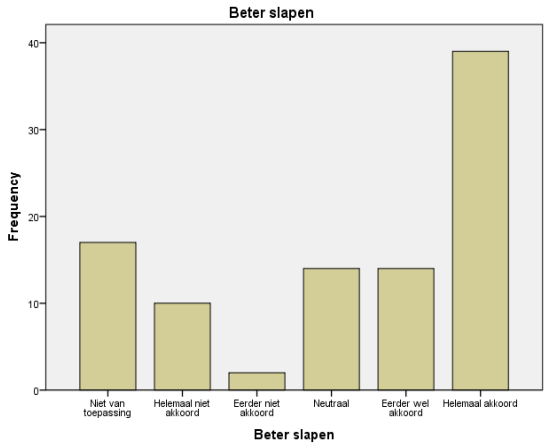


Diagram 42:beter slapen

CONCLUSIE m.b.t. effecten van BOV-coaching op de deelnemers

Meer dan de helft van de respondenten zeggen bij de evaluatie dat hun **algemene gezondheid vooruit** is gegaan door BOV-deelname.

Qua beweging zien we het volgende:
- de meerderheid van deelnemers was bij de **intake 0 tot 5 keer licht** (met een piek in 0) en **0 keer matig of intens fysiek actief.**
- bij de **evaluatie** blijken de respondenten **gemiddeld meer licht fysiek actief**, **veel meer matig fysiek actief** en **meer intens fysiek actief**. Deze verschillen zijn significant (α=0,05). Het aantal mensen dat intens fysiek actief is, is lager dan het aantal mensen dat licht of matig fysiek actief is.

Er is **geen significant verschil qua BMI** tussen intake en evaluatie. De doelstelling van BOV is mensen duurzaam aan het bewegen te krijgen, BOV focust dus in eerste instantie niet op gewichtsverlies; bewegen kan wel een hefboom zijn om ook aan andere gezondheidsthema's te werken zoals gezonde voeding. Zo kan BOV onrechtstreeks bijdragen aan gewichtsverlies.

Er is wel een **significant verschil qua energieniveau**, dat hoger is bij evaluatie dan bij intake. Qua stress stellen we vast dat de respondenten gemiddeld tijdens de evaluatie minder stress blijken te hebben dan bij de intake. Dit is anders dan bij de voorgaande evaluaties (dec 2013 en sept 2014), waar we voor stress geen significante daling zagen.

Andere effecten die mensen toeschrijven aan BOV zijn:
- mensen voelen zich algemeen beter (73,5% gaat helemaal akkoord)
- mensen kijken minder TV (27,5% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen komen meer buiten (67% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen roken minder (10,2% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen snoepen minder en eten gezonder (35,3 gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen voelen zich beter bij het opstaan (47,4% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen hebben een betere houding (53,1% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen kunnen problemen beter aan (27,3% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen hebben meer contact met anderen (57,3% gaat eerder wel of helemaal akkoord)
- mensen slapen beter (55,2% gaat eerder wel of helemaal akkoord)

BOV is vaak de **ingangspoort om ook aan andere determinanten van gezond gedrag te werken**. Hierbij is **bewegen** misschien wel de aangenaamste:' je mag iets extra's doen' en biedt een **positieve insteek** 'je beleeft plezier aan het bewegen', terwijl je bij mogelijke veranderingen in andere onderdelen van gezond gedrag zoals minder snoepen, stoppen met roken 'iets moet laten'.

7. ALGEMENE CONCLUSIE

In deze conclusie worden de belangrijkste resultaten per onderzoeksvraag en deelthema gesynthetiseerd. Waar nodig worden ook blinde vlekken geduid of bijkomende onderzoekspistes besproken.

1. De **doelgroepverbreding binnen BOV** kan beschouwd worden als gerealiseerd. De cijfers zoals gepresenteerd in hoofdstuk 1. tonen dit aan. Zo kent 82,3% van de deelnemers BOV via de huisarts; zijn 2/3 van de deelnemers vrouwen; en is de gemiddelde leeftijd 46 tot 65 jaar (45,2%); is 14,4 % van de deelnemers niet – Belg en 24,2% van niet-Belgische origine. Uit de cijfers inzake opleidingsniveau blijkt dan weer dat de grootste groep deelnemers een diploma hoger middelbaar onderwijs heeft ((37,8%). En inzake tewerkstelling wordt een hoog percentage werkenden bereikt (34,7%) alsook een belangrijk aandeel arbeidsongeschikten (26,3%) en werklozen/werkzoekenden (18,3%).

   BOV bereikt een ruimere groep dan enkel maatschappelijk kwetsbare groepen (MKG) zonder dat deze groep daarbij uit het oog wordt verloren (36,8% VT/omnio). In het kader van dit laatste is het bij een verdere uitrol aangewezen om naast het objectieve criterium van OMNIO of VT-statuut ook andere criteria vast te leggen. Het vermoeden bestaat immers dat er een aantal mensen recht zouden hebben op dergelijk statuut maar dit nog niet hebben.

2. De **verbreding van de primaire doorverwijsgroep c.q. huisartsen** kan beschouwd worden als gerealiseerd. 110 huisartsen in Leuven of de ruime omgeving hebben één of meerdere patiënten doorverwezen. Daarbij kan in de toekomst wel geïnvesteerd worden in verdere bewustmaking gelet op het feit dat het aantal doorverwijzingen van artsen verbonden aan een WGC nog steeds groter is. De belangrijkste redenen om door te verwijzen spelen actief in op de risicofactoren die gekoppeld zijn aan hedendaagse gezondheidsproblemen. Bij verdere uitrol lijkt het aangewezen om de artsen mondeling te bevragen met betrekking tot de verwijsreden. Zo zou o.a. getoetst kunnen worden of de doorverwijsreden 'psychosociaal' weinig wordt aangeduid omdat dit stigmatiserend wordt gevonden? Of waarom bv. bij deelnemers die diabetes hebben, dit niet altijd als doorverwijsreden wordt opgenomen.

3. Wat betreft het **belang van het voorschrift** kunnen we op dit moment enkel met zekerheid zeggen dat het werkt voor diegenen die 'aangekomen' zijn bij BOV. Een steekproef bij WGC De Ridderbuurt wijst uit dat 2/3de 'aankomt'. We weten niet of we dit kunnen extrapoleren naar andere artsen. Voor een aantal patiënten is het voorschrift misschien nog niet voldoende. Gesprekken met artsen kunnen hierover meer duidelijkheid brengen.

   Bovendien kiezen we in het kader van de kwaliteit van de BOV-coaching voor het voorschrift: hier staan redenen van doorverwijzing in, hierin zien we ook welke medicatie de patiënt inneemt. Belangrijke indicaties waarmee de BOV-coach graag rekening houdt om professioneel en medisch verantwoord te kunnen werken.

4. Wat betreft de vraag of alle patiënten de weg naar de **centrale locatie** vinden, kunnen we stellen dat zowel patiënten uit de wijkgezondheidscentra als patiënten van externe artsen de weg naar de centrale BOV-locatie in de wachtpost van de Leuvense huisartsen vinden.
   Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt voorziet door het aanbod van interne BOV-consulten een extra duwtje in de rug voor de patiënten die de stap naar een externe locatie te groot vinden.
   De keuze voor de wachtpost is zeker positief vanuit het standpunt van de artsen. Voor BOV-coaches is een eigen ingericht lokaal met beweeg- en testings-mogelijkheden een meerwaarde.

5. Wat betreft de **kwaliteit van de BOV-coaching** beschikken we over interessant materiaal, zowel wat betreft het coachingstraject als de gevolgde beweegplannen. Het zoeken naar het vergroten van dagelijkse beweegactiviteiten is de basis van de coaching. Vervolgens wordt met de mensen besproken welke acties ze nodig hebben om te gaan bewegen en om bewegen vol te houden: individueel zelfstandig bewegen; bewegen in groep (BOV-groep, buurtsport, vereniging, reguliere sportclub); intense coaching via andere, te betalen coach; motivationele training of gewoon advies. Op basis van deze evaluaties kunnen we volgende zaken vaststellen: 23% van de deelnemers kiest enkel voor een individueel beweegplan, 77% dus voor een combinatie. Bewegen in groep werkt voor hen zeer motiverend. Eigen BOV-groepen zijn in trek bij BOV-deelnemers, wellicht vanwege het 'veilige' karakter. De coach begeleidt deze immers. Maar ook beweging in een eerder veilige omgeving als een WGC spreekt aan, alsook buurtsport. Maar ook daar is de coach vaak aanwezig. Voor de 'sterkeren' lukken zeker doorverwijzingen naar regulier beweegaanbod, ook voor maatschappelijk kwetsbaren kan dit lukken, mits zeer actieve doorverwijzing.

   Ook merken we in de praktijk dat een groot deel van de coachings niet rechtlijnig 6 maanden duren. Vaak is er tijdelijke uitval (on hold noemen we dit), waarbij mensen later zelf of na aanmaning van ons, de draad terug oppikken. Dit wil zeggen dat de duur van een coaching soms meer dan een jaar duurt.

   De duur van een coaching bedraagt 1 u (voor advies) tot 10u, met een gemiddelde van 3,5 à 4u. Voor maatschappelijk kwetsbaren rekenen we eerder 5 à 6u voor een succesvolle coaching. Voor de groeiende groep van psychisch kwetsbaren kan dit urenaantal nog oplopen.

6. Als we tenslotte naar de **effecten van BOV op de deelnemers** kijken, kunnen we heel wat positieve vaststellingen doen als we intakes en evaluaties vergelijken. Deelnemers voelen hun algemene gezondheid vooruitgaan. Waar het overgrote deel van de mensen bij de intakes nauwelijks licht actief is, zien we bij de evaluaties dat er een significante stijging is binnen de categorieën licht en matig fysieke activiteit. Enkelen zijn zelfs intens fysiek actief.
   Het energiepeil van de deelnemers is gestegen, hun stressniveau of BMI zijn niet gedaald (binnen deze tijdsspanne). Tenslotte zien we in mindere of meerdere mate effecten op 'het algemeen beter voelen', 'minder TV kijken', 'meer naar buiten komen', 'minder roken', 'minder snoepen en gezonder eten', 'beter voelen bij het opstaan', 'betere houding' en enigszins 'problemen beter aankunnen'.

Al deze resultaten geven mooie tendensen aan. Tegelijkertijd leren we heel wat uit deze cijfers en gegevens en proberen we voortdurend de praktijk van de BOV-coaching bij te stellen en te verbeteren.

Kortom: BOV is met succes verbreed en verdiept!