

Een gezondere leefstijl voor vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten

Dorine van Ravensberg, Thea Barendse

Inleiding

In achterstandswijken in de grote stad hebben huisartsen te maken met laagopgeleide niet-westerse allochtone patiënten. Deze patiënten hebben vaak een opeenstapeling van problemen wat betreft gezondheid,¹⁻⁴ financiële, sociale⁵ en opvoedkundige zaken⁶ en hebben stress door (huiselijk) geweld en door het leven in twee werelden.⁷ Ze hebben vaak chronische aandoeningen. Adviezen om overgewicht te verminderen volgen zij meestal niet op. Hulp van GGZ en maatschappelijk werk vinden zij in het algemeen een schande en is niet bespreekbaar.⁸

De geschetste allochtone patiëntengroep bezoekt de huisarts meerdere keren per maand in verband met chronische pijnklachten in nek, hoofd, rug, armen en benen. Daarvoor is meestal geen somatische oorzaak te vinden; de klachten hangen grotendeels

samen met een verstoorde balans tussen belasting en belastbaarheid, en met ongezonde leefgewoonten.⁹ Deze patiënten kunnen meestal de onderliggende problemen niet bespreken of benoemen, zij zijn geneigd tot catastroferen, en zij verwachten dat de huisarts of fysiotherapeut hen van hun pijnklachten afhelpt. Huisarts en fysiotherapeut proberen met individuele begeleiding de patiënten inzicht te geven in hun situatie en hen te motiveren tot een gezondere leefstijl. Dit heeft vaak onvoldoende resultaat en werkt ontmoedigend voor hulpverleners en patiënten. In dit artikel doen we verslag van de achtergronden, de ontwikkeling en de inhoud van een programma dat we hebben ontwikkeld om deze patiënten een gezondere leefstijl aan te leren. We geven een overzicht van de aantallen deelnemers, en laten zien wat het opleverde bij de vrouwen die in 2002-2005 deelnamen aan dat programma.

Samenvatting

Van Ravensberg D, Barendse Th. Een gezondere leefstijl voor vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. *Huisarts Wet* 2008(51);1:45-50.

Laagopgeleide allochtone vrouwen bezoeken hun huisarts frequent met aspecifieke pijnklachten. Via een groepsprogramma coachen eerstelijns fysio/oefentherapeuten deze vrouwen in groepsverband naar een gezondere leefstijl met meer bewegen.

Interventie Belangrijke pijlers van het programma zijn: 1) empowerment van de vrouwen, 2) de fysieke conditie van de vrouwen verbeteren en hen (sportieve) bewegingsvaardigheden aanleren en 3) de vrouwen helpen om geschikte sportieve activiteiten in de wijk te vinden. In de wijken worden samenwerkingsverbanden opgezet tussen gezondheidszorg en sport en welzijnsinstellingen.

Uitkomstmaten Uitkomstmaten op de middellange termijn zijn: vermindering van de pijnklachten, verbeterde kwaliteit van leven en ervaren gezondheid, gemeten met de EuroQol vragenlijst en VAS-schaal, huisartsenbezoek in de voorgaande periode en sportieve activiteiten, en de fysieke conditie gemeten met de Shuttle Walking Test. Ook zijn kwalitatieve gegevens verkregen van huisartsen, therapeuten en van de groepen deelnemers door interviews aan de hand van vragenlijsten.

Effecten Uit de gegevens van 249 vrouwen blijkt dat op alle uitkomstmaten verbeteringen zijn gerealiseerd die op de middellange termijn behouden zijn gebleven.

De vrouwen zeggen dat ze de positieve effecten van sport en bewegen onthouden, en weten wat zij zelf kunnen doen bij pijn en klachten. De meeste geïnterviewde huisartsen merken dat zij

beter kunnen praten met de vrouwen die het programma hebben doorlopen, doordat de vrouwen meer inzicht hebben in hun klachten. De fysio- en oefentherapeuten geven aan dat na een vaak moeizaam begin meestal een ontspannen sfeer ontstaat waarin men kan lachen, ondanks de pijn en moeite die de vrouwen ervaren bij het oefenen. Het coachen van de vrouwen kost wel veel tijd en energie.

Leerpunten en vervolg Met de geprotocolleerde interventie zijn bemoedigende resultaten gerealiseerd. Gebleken is dat de therapeut vooral moet aansluiten bij wat de wijk zelf aanbiedt, omdat de vrouwen willen doorgaan met wat zij hebben geleerd en waar zij zich relatief zeker bij voelen.

Het programma geeft de huisarts handvatten voor – liefst tijdcontingente – coaching richting gezondere leefstijl. Het is daarbij nodig om informatie uit te wisselen met de fysio-/oefentherapeuten.

Een volgende stap in het kader van 'gezonder leven'-programma's is om een groepsprotocol voor mannelijke migranten te ontwikkelen. Hier wordt inmiddels aan gewerkt met subsidie van ZonMw.

Nederlands Paramedisch Instituut (NPi), Postbus 1161, 3800 BD Amersfoort: dr. C.D. van Ravensberg, bewegingswetenschapper, fysiotherapeut, programmaleider 'Kwaliteit en doelmatigheid paramedische zorg'; Gezondheidscentrum De Vaart, Amsterdam-Osdorp en Regionaal Genootschap Fysiotherapie Amstel & Meerlanden en Amsterdam Commissie Kwaliteit: J.M. Barendse, bewegingswetenschapper, fysiotherapeut. Correspondentie: vanRavensberg@paramedisch.org
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ Fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben met het migrantenprotocol een handvat om laagopgeleide allochtone vrouwen met specifieke pijnklachten naar een gezondere leefstijl te coachen.
- ▶ De samenwerking in de wijken tussen professionals van verschillende sectoren van Gezondheidszorg en Sport & Welzijn is essentieel.
- ▶ De huisarts kan met de integrale benadering meer grip krijgen op de doelgroep.

Achtergrond

In 2001 hebben we als fysiotherapeuten een kwaliteitskring opgericht om een gezondere leefstijl te bevorderen bij laagopgeleide vrouwelijke Turkse en Marokkaanse migranten met chronische specifieke pijnklachten.

De migranten schuiven adviezen van (Nederlandse) artsen en fysiotherapeuten vaak terzijde omdat zij menen dat deze adviezen niet stroken met hun culturele gewoonten of religieuze opvattingen en voorschriften. Daarom is het beter om deze vrouwen niet individueel te begeleiden, maar in groepsverband met andere allochtone vrouwen met vergelijkbare klachten. In groepsverband kunnen de vrouwen ervaringen delen, elkaar steunen en meetrokken, en het geleerde bespreken. De therapeuten dragen met het programma – de veelal ontbrekende – elementaire kennis aan over hoe het lichaam werkt, en leggen uit dat moeilijke situaties en stress pijn veroorzaken zonder dat er iets 'kapot' is, en dat bewegen helpt om je beter te voelen. Zij willen met het programma de lichamelijke conditie, spierkracht en lenigheid van de vrouwen verbeteren, (sportieve) bewegingsvaardigheden aanleren, en aanleren om ergonomisch verantwoord te bukken, te tillen en huishoudelijke taken uit te voeren. Het is met name belangrijk om de vrouwen de positieve effecten van bewegen te laten verwoorden. We hanteren trainingsvormen waarin de vrouwen plezier beleven met elkaar, en we moedigen ze aan om buiten de lessen om samen te gaan wandelen. Gezien de vele knelpunten voor gedragsverandering hebben we gekozen voor een intensief programma van twaalf weken: acht weken tweemaal per week, en vier weken eenmaal per week met bewegingsopdrachten die de vrouwen daarnaast zelf moeten uitvoeren, anderhalf uur per bijeenkomst. Zorgverzekeraar Agis financiert dit programma voor aanvullend verzekerden.

De proefimplementatie van dit programma in Amsterdam (2001-2002) gaf veelbelovende resultaten. Een belangrijk verbeterpunt bleek het zorgen voor geschikte sportieve activiteiten in de wijk.

Interventie: verdere ontwikkeling en inhoud

De pilotversie van het 'gezond leven'-programma is in de periode 2003-2005 verder ontwikkeld op basis van de kennis en ervaring uit de kwaliteitskring, relevante literatuur, en informatie vanuit diepte-interviews bij de doelgroep vrouwen. Het programma is theoretisch gebaseerd op de gedragsveranderingsfasen van Pro-

chaska en DiClemente¹⁰ en ontwikkeld met hulp van de begeleidingscommissie (zie kader 1).¹¹ Het Migrantenprotocol wordt uitgevoerd door daartoe opgeleide vrouwelijke fysio-, Cesar- en Mensendiecktherapeuten. Deelname vindt plaats op verwijzing van de huisarts omdat het voor de vrouwen en hun familie belangrijk is dat 'sporten moet van de dokter en de therapeut'.

De doelgroep bestaat uit volwassen vrouwelijke migranten die chronische pijnklachten in het bewegingssysteem hebben en problemen ervaren in het dagelijks functioneren door een slechte lichamelijke conditie, overgewicht, sociale problematiek en eventuele onderliggende chronische ziekten.

Kader 2 geeft bijzonderheden over de inhoud van het programma. De huisarts hanteert de in- en exclusiecriteria voor het programma, en overweegt een sportmedische keuring bij nevenpathologie met implicaties voor de mate waarin de patiënt zich veilig kan inspannen. De arts legt het doel van het programma goed uit: meer sportief bewegen ondanks de pijn, en ook daarna zelfstandig doorgaan met meer sportief bewegen. Hij spreekt een tijdcontingente terugkoppeling af, bijvoorbeeld eenmaal per twee maanden, niet op geleide van pijnklachten.

Arts en therapeuten geven elkaar de afspraken met de patiënte door; de arts wijst de patiënte daarop als zij weer met specifieke pijnklachten op het spreekuur komt. Zo nodig verwijst de huisarts naar cursussen als 'lichte dagen, donkere dagen' (GGZ of maatschappelijk werk), GGD of Thuiszorg (gezonde voeding).

Het betreft actieonderzoek: we hebben de resultaten van de evaluaties gebruikt om het programma te vervolmaken.

Belangrijke pijlers van het programma zijn 1) empowerment van de vrouwen: de 'health literacy' verbeteren en hen medeverantwoordelijk maken voor hun gezondheid en leefstijl;¹² 2) de

Kader 1

Deelnemers aan de ontwikkeling van het 'gezond leven'-programma voor vrouwelijke migranten met specifieke chronische pijnklachten (het Migrantenprotocol)

Het programma is, met subsidie van ZonMw, ontwikkeld door de Kwaliteitskring 'Migranten' van fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en - Mensendieck, in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) en allochtone vrouwen werkzaam in verschillende sectoren van de gezondheidszorg als 'kartrekkers' in de wijk, het Regionaal Genootschap Fysiotherapie Amstel & Meerlanden en Amsterdam (RGF-AMA), zorgverzekeraar Agis, en met de doelgroep zelf.

De deelnemende organisaties / leden van de begeleidingscommissie zijn: Zorgverzekeraar Agis, GGD Amsterdam, VETC (op persoonlijke titel), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Multicultureel Centrum 'De Ontmoeting', Steunpunt Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, TNO - Preventie en Gezondheid, Zelfhulpgroep Hilal Basak, Stichting Mimosa, Pacemaker Networks, Huisarts (op persoonlijke titel).

Kader 2

Kenmerken van de integrale benadering en het Migrantenprotocol

Insluitcriteria:

- Problemen in het dagelijks functioneren door een slechte conditie, overgewicht, neerslachtigheid, sociaal isolement, bewegingsarmoede.
- Arts en therapeut noemen de ernst van de klachten licht tot matig. De vrouw noemt haar klachten ernstig tot zeer ernstig. Zij neigt daardoor minder te doen aan huishouden, school, opleiding, sport, hobby en zelfstandigheid in het algemeen.
- De vrouw verplicht zich om in de aaneengesloten periode van het groepsprotocol aan de groepslessen deel te nemen.
- De vrouw is gemotiveerd om in een groep te oefenen.

Uitsluitcriteria:

- Arts vindt na somatische screening oorzaken die de symptomen voldoende kunnen verklaren.
- Ernstige psychiatrische problematiek.
- Ernstig lichamelijk, psychisch en/of sociaal disfunctioneren.
- De vrouw heeft klachten waarvoor individuele fysio- of oefen-therapie nodig is.
- De vrouw mag zich niet of in beperkte mate lichamelijk inspannen. Denk hierbij aan aandoeningen zoals diabetes, hartklachten, COPD, sikkelcelanemie en hypertensie. Dit hoeft geen absoluut uitsluitcriterium te zijn; een sportmedische keuring is te overwegen.

Het protocol bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Intakegesprek waarin het doel wordt uitgelegd.
2. Individuele metingen bij aanvang (T_0 -meting): de therapeut verzamelt op gestandaardiseerde wijze gegevens om inzicht te krijgen in de omstandigheden van de vrouwen, hun gezond-

fysieke conditie van de vrouwen verbeteren en hen (sportieve) bewegingsvaardigheden aanleren en 3) de vrouwen helpen om geschikte sportieve activiteiten in de wijk te vinden, bijvoorbeeld door begeleide proeflessen bij het sport- en welzijnswerk te organiseren.

Naast het geprotocolleerde groepsoefenprogramma met bijbehorende meetinstrumenten hebben we een methodiek ontwikkeld om in de wijken samenwerkingsverbanden op te zetten tussen gezondheidszorg- en sport- en welzijnsinstellingen (zie www.paramedisch.org/migranten, bij deel I bijlage 2). Drie allochtone vrouwen, werkzaam in verschillende sectoren van de gezondheidszorg, zijn gedurende de looptijd van het project een dag per week aangesteld om deze samenwerkingsverbanden in Amsterdam op te bouwen.

Uitkomstmaten

In dit artikel bespreken wij de uitkomsten op de middellangetermijn, dat wil zeggen drie tot zes maanden na afsluiting van het programma bij de fysio-/oefentherapeuten.

heidstoestand en in hun dagelijkse activiteiten.

3. Een periode van acht weken waarin de vrouwen tweemaal per week gedurende anderhalf uur in groepsverband bijeenkomen, gevolgd door een periode van vier weken eenmaal per week. Doelen liggen op het mentale vlak (kennis, attitude), het fysieke vlak (bewegingsvaardigheden, conditie) en het sociale vlak (ervaringen delen, elkaar steunen, samen activiteiten ondernemen). Een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC) bespreekt de relatie tussen stress en pijnklachten, het belang van bewegen en gezonde voeding. De therapeut herhaalt deze informatie regelmatig, en zet de vrouwen aan tot discussie. Daarnaast worden proeflessen sportief bewegen in de wijk georganiseerd; de vrouwen gaan daar met de therapeut naar toe.
4. Individuele metingen bij afsluiting (T_1 -meting). De resultaten worden met de vrouwen besproken, en zij krijgen een 'getuigschrift' met de aanmoediging om door te gaan met sportieve activiteiten, zo mogelijk samen met de andere vrouwen uit de groep.
5. Groepsevaluatie bij afsluiting van wat de vrouwen hebben geleerd en ervaren, en wat verbeterd kan worden in het Migrantenprotocol en de metingen.
6. Individuele metingen drie tot zes maanden na de afsluiting (T_2 -meting) om inzicht te krijgen in (veranderingen in) de gezondheidstoestand, dagelijkse activiteiten en de 'gezonde leefstijl' in de periode na het groepsoefenprotocol, en om inzicht te krijgen in door de vrouwen ervaren belemmeringen voor een gezonde leefstijl.
7. Doel van het programma is om vrouwen te begeleiden naar een gezondere leefstijl met langdurig meer sportief bewegen en om hun omgeving positief te beïnvloeden: toestemming van de partner, geschikte sportieve activiteiten in de wijk, zorgen voor 'maatjes'.

Voor de vrouwen is vermindering van de pijnklachten het belangrijkste, en daarnaast verbetering van de kwaliteit van leven en ervaren gezondheid. Deze aspecten hebben we gemeten met de EuroQol-vragenlijst en VAS-schaal.^{13,14}

Het huisartsenbezoek in de voorgaande periode is vastgelegd door het aantal consulten. Activiteiten in de vrije tijd, zoals wandelen of sporten, hebben we geïnventariseerd met de vragenlijst 'Activiteiten'.¹¹

Ten slotte was het inspanningsvermogen/de fysieke conditie een belangrijke uitkomstmaat. Deze hebben we gemeten met de Shuttle Walking Test.¹⁵

De individuele vrouwen vulden de vragenlijsten in met hulp van de therapeuten. Als de therapeuten dat nodig vonden, schakelden ze daarbij een tolk in (rechtstreeks of via de tolktelefoon). Voor een beschrijving van de tests en vragenlijsten zie www.paramedisch.org/migranten. Ook kregen we kwalitatieve gegevens van huisartsen, therapeuten en van de groepen deelnemers door interviews aan de hand van vragenlijsten.¹¹

Deelname en effecten

De gegevens hebben we verkregen in de periode 2002-2005, vanuit 25 praktijken fysiotherapie / oefen therapie. In genoemde periode zijn 986 vrouwen op verwijzing van hun huisarts ingestroomd in het Migrantenprotocol. Van 249 vrouwen hebben we gegevens verkregen bij aanvang van het protocol (T_0), drie maanden daarna, bij afsluiting van het protocol (T_1), en drie tot zes maanden na afsluiting van het protocol, dat wil zeggen zes tot negen maanden na de start van het protocol (T_2). Van de andere vrouwen waren geen gegevens op alle drie meetmomenten beschikbaar, onder meer doordat zij bij afsluiting van de evaluatieperiode nog niet het hele programma hadden doorlopen. De therapeuten gaven aan dat maar weinig vrouwen in de loop van het programma zijn uitgevallen. Het precieze aantal uitvallers is onbekend. Oorzaken van uitval waren verhuizing, langdurige ziekte of ziekenhuisopname. Het kwam slechts sporadisch voor dat vrouwen in het intakegesprek aangaven niet te willen deelnemen aan het programma. Het bleek wel lastig om alle vrouwen drie tot zes maanden na afsluiting van het programma weer bij elkaar te krijgen voor de T_2 -metingen.

Op T_0 komen persoonskenmerken, gezondheidstoestand en uitkomstmaten van de 249 vrouwen van wie op drie meetmomenten gegevens zijn verkregen op de meeste items overeen met die van de groep van 738 vrouwen bij wie (nog) niet alle metingen zijn verricht. Wel is de eerstgenoemde groep gemiddeld anderhalf jaar ouder, en bevat 11% meer vrouwen die geen of slechts enkele jaren basisschool hebben gevolgd (zie tabel 1).

Uitkomstmaten: gezondheidstoestand en gezond gedrag

Drie tot zes maanden na afsluiting van het programma is het percentage vrouwen dat de huisarts frequent (wekelijks of één tot driemaal per maand) bezoekt afgenomen met 8,4% (Wilcoxon; $p < 0,001$) (zie tabel 2).

Het gaat hier niet om huisartsbezoek in verband met alléén pijnklachten; ruim 60% van de vrouwen heeft chronische aandoeningen zoals diabetes, hoge bloeddruk en COPD waarvoor zij bij de huisarts komen.

Het percentage vrouwen dat op de EuroQol aangeeft dat 'pijn' en 'stemming' een 'zeer ernstig probleem' voor hen vormt is met respectievelijk 14,8% en 12,5% afgenomen.

De kwaliteit van leven (EuroQol tariff score) neemt toe in de tijd, net als de ervaren gezondheid.

Ook de conditie, gemeten met het aantal gelopen shuttles op de Shuttle Walking Test, neemt toe in de tijd. Ten slotte is het percentage vrouwen dat wekelijks in de vrije tijd wandelt of sport met respectievelijk 15,6% en 29,6% toegenomen ten opzichte van de uitgangssituatie.

Ervaringen van de deelnemende vrouwen

De vrouwen bleken drie tot zes maanden na afsluiting van het programma de lesstof te hebben onthouden en zich eigen te hebben gemaakt, met name ten aanzien van de positieve effecten van sport en bewegen, het (er)kennen van de eigen grenzen en weten

wat ze zelf kunnen doen bij pijnklachten. Huishoudelijke activiteiten verdelen ze meer over de dag. Veel vrouwen zijn doorgegaan met de oefeningen. Het blijkt lastig om contact te houden met andere vrouwen uit de groep.

Ervaringen van de huisartsen

Wij hebben 18 huisartsen geïnterviewd. De meeste geïnterviewde huisartsen merken dat zij beter kunnen praten met de vrouwen die het programma hebben doorlopen. Deze vrouwen hebben meer inzicht in de oorzaken van hun klachten en relevante zaken zijn beter bespreekbaar. Enkele huisartsen geven aan dat zij niet veel verbetering zien ten aanzien van onnodig huisartsenbezoek.

Ervaringen van de fysio- en oefen therapeuten

Wij hebben 35 fysio-/oefen therapeuten geïnterviewd. Deze groep geeft aan veel te leren van de vrouwen, hun cultuur, denkwijzen, ervaren problemen en zelf aangedragen oplossingen. Na een vaak moeizaam begin ontstaat in de als veilig ervaren groep meestal een ontspannen sfeer waarin kan worden gelachen, ondanks de pijn en moeite die vrouwen ervaren bij het oefenen.

Het coachen van de vrouwen kost veel tijd en energie, maar daar staat tegenover dat de therapeuten ook weer energie opdoen door het resultaat: in elke groep is wel een echt succesverhaal aan te wijzen.

Leerpunten en vervolg

Met de geprotocolleerde interventie hebben we bemoedigende resultaten gerealiseerd die op de middellangetermijn grotendeels

Tabel 1 Persoonskenmerken en gezinssituatie bij aanvang van het migrantenprotocol van de vrouwen van wie T_2 -gegevens beschikbaar zijn (n = 249)

Situatie bij aanvang (n = 249)		
Leeftijd	44,9 jaar	SD 8,3
<i>Achtergrond:</i>		
- Marokkaans	136	54,6%
- Turks	87	34,9%
- anders	22	8,8%
- ontbrekend	4	1,6%
In Nederland geboren	4	1,6%
<i>Beheersing Nederlandse taal volgens fysio-/oefen therapeut:</i>		
- goed, vaardig	49	19,7%
- redelijk vaardig	68	27,3%
- gebrekkig of niet	127	51,0%
- ontbrekend	5	2,0%
<i>School/opleiding:</i>		
- geen basisschool of enkele klassen	149	59,8%
- alleen basisschool, afgemaakt	56	22,5%
- vervolgopleiding	40	16,1%
- ontbrekend	4	1,6%
<i>Chronische aandoeningen:</i>		
- aspecifieke pijn in het bewegingssysteem	249	100%
- COPD, HVZ, hypertensie, diabetes, maag-darmziekten	151	60,6%
<i>BMI (gewicht/lengete²):</i>		
- 18,5-24,9	17	6,8%
- 25,0-29,9	49	19,7%
- > 30	169	67,9%
- ontbrekend	14	5,6%

behouden zijn gebleven. De interventie bevat vaste elementen zoals tijdcontingent handelen, evidence-based trainingsprincipes en voorlichtingsitems (opbouw, inhoud). De oefenvormen kunnen enigszins verschillen, afhankelijk van de outillage van de therapeut en de voorkeuren van de vrouwen. Gebleken is dat de therapeut vooral moet aansluiten bij wat de wijk zelf aanbiedt, omdat de vrouwen willen doorgaan met wat zij hebben geleerd en waar zij zich relatief zeker bij voelen.

Er is weinig uitval: de vrouwen motiveren elkaar om het programma te blijven volgen, sommige therapeuten hanteren een borgsom die de vrouwen terugkrijgen als zij hooguit tweemaal zonder reden hebben verzuimd, én de vrouwen moeten zelf komen afzeggen als zij denken dat zij te veel pijn hebben om mee te doen. De ervaring leert dat zij dan meestal toch meedoen. Bij de evaluaties van het programma in groepsverband zijn veel nuttige suggesties en opmerkingen verkregen vanuit de doelgroep zelf.

In Amsterdam zijn samenwerkingsverbanden opgezet; fysio / oefentherapeuten weten welke mogelijkheden sport&welzijn aanbiedt in bijvoorbeeld buurthuizen en vrouwencentra. Deze doelgroep heeft laagdrempelige, goedkope en laag-intensieve sportieve activiteiten nodig, in een voor hen geschikte omgeving, alleen met vrouwen. Er zijn inmiddels verschillende mogelijkheden gerealiseerd.

Het protocol wordt momenteel uitgevoerd in 28 praktijken (37 therapeuten) in Amsterdam, in alle 12 stadsdelen waar veel migranten wonen. Daarnaast wordt het protocol door 59 therapeuten buiten Amsterdam toegepast, en er melden zich steeds meer therapeuten aan die met het protocol willen gaan werken. Alle therapeuten die het protocol aanbieden zijn lid van de kwaliteitskring, en dragen bij aan de verdere ontwikkeling en updating van het protocol. De kwaliteitskring stelt scholing verplicht in onder meer interculturele fysio-/oefentherapie, tijdcontingente benadering van chronische pijn en trainingsprincipes bij chronische aandoeningen.

Het programma geeft de huisarts handvatten voor – liefst tijdcontingente – coaching richting gezondere leefstijl. Uitwisseling van informatie met de fysio-/oefentherapeuten is noodzakelijk: zo kunnen de huisartsen de vrouwen aanspreken op de activiteiten die zij al dan niet zijn blijven doen na afloop van het programma, en hen wijzen op de gemaakte afspraken. Een sportmedische keuring voor verwijzing naar het programma moet de huisarts per individu overwegen gezien de slechte gezondheidstoestand van de vrouwen en de geringe conditie en lichaamskennis. In voor-

Tabel 2 Uitkomstmaten van het migrantenprotocol (n = 249)

	T ₀ (n = 249)		T ₂ (n = 249)	
<i>Huisartsbezoek:*</i>				
- zelden	19	7,6%	54	21,7%
- < 1 x / mnd	94	37,8%	80	32,1%
- 1-3 x / mnd	110	44,2%	102	41,0%
- wekelijks	24	9,6%	11	4,4%
- ontbrekend	2	0,8%	2	0,8%
<i>EuroQol pijn:*</i>				
- geen probleem	9	3,6%	22	8,8%
- enige problemen	138	55,4%	171	68,7%
- zeer ernstig probleem	93	37,3%	56	22,5%
- ontbrekend	9	3,6%	0	0%
<i>EuroQol stemming:*</i>				
- geen probleem	81	32,5%	99	39,8%
- enige problemen	98	39,4%	117	47,0%
- zeer ernstig probleem	60	24,1%	29	11,6%
- ontbrekend	10	4,0%	4	1,6%
<i>EuroQol tariff score kwaliteit van leven:*</i>				
- -0,594 tot +1	0,4036	SD 0,3390	0,5486	SD 0,3189
- ontbrekend	12	4,8%	33	13,3%
<i>EuroQol ervaren gezondheid:*</i>				
- 0-100	46,8	SD 21,8	55,9	SD 20,7
- ontbrekend	13	5,2%	5	2,0%
<i>Shuttle Walking Test, gelopen shuttles *</i>	42,3	SD 18,0	49,9	SD 18,7

* Gegevens T₂ significant verschillend van T₀ (p < 0,05)

Tabel 3 Uitkomstmaten activiteiten (n = 115)

	T ₀ -gegevens (n = 115)		T ₂ -gegevens (n = 115)	
<i>Wandelen:† (n = 436)</i>				
- wekelijks	50	43,5%	68	59,1%
- soms	24	20,9%	18	15,7%
- nooit	39	33,9%	26	22,6%
- ontbrekend	2	1,7%	3	2,6%
<i>Sporten:† (n = 436)</i>				
- wekelijks	26	22,6%	60	52,2%
- soms	4	3,5%	15	13,0%
- nooit	83	72,2%	40	34,8%
- ontbrekend	2	1,7%	0	0%

* Deze gegevens zijn van minder vrouwen beschikbaar, omdat deze items in de loop van het project op andere wijze zijn geregistreerd.

† Gegevens T₂ significant verschillend van T₀ (p < 0,05)

komende gevallen kunnen de huisarts en fysio-/oefentherapeut nagaan of een vrouw geholpen kan en wil worden door programma's van GGZ, maatschappelijk werk of diëtist. Een eerste kennismaking met dergelijke hulpverleners lijkt het beste te kunnen verlopen in groepsverband.

Een volgende stap in het kader van 'gezond leven'-programma's is om een groepsprotocol te ontwikkelen voor mannelijke migranten. Het huidige protocol en de meetinstrumenten zijn niet zonder meer toepasbaar voor mannen. De ontwikkeling van dit programma is inmiddels gestart met subsidie van ZonMw.

Literatuur

- 1 Kriegsman D, van Langen J, Valk G, Stalman W, Boeke J. Hoge prevalentie van diabetes mellitus type 2 bij Turken en Marokkanen. Huisarts Wet 2003;46:363-8.
- 2 Van Leest LATM, Van Dis SJ, Verschuren WMM. Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. RIVM rapport nr. 261858006. Bilthoven: RIVM, 2002.

- 3 Nierkens V, Stronks K. 'Gezondheidsgedrag en determinanten van gedrag bij migranten.' In: Jansen J, Schuit AJ, Van der Lucht F, redactie. *Tijd voor Gezond Gedrag*. Bilthoven: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002: 203-5.
- 4 Uitenbroek DG, Ujic-Voortman JK, Janssen AP, Tichelman PJ, Verhoef AP, redactie. *Gezond Zijn en Gezond Leven in Amsterdam*. Amsterdamse Gezondheidsmonitor. Gezondheidsonderzoek 2004. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.
- 5 Van Buren LP, Hallich B, Cleven M, Joung IMA, Van Koutrik J, Yerden I. *Mantelzorg in de Turkse cultuur. Zorg aan chronisch zieke Turkse ouderen in Nederland*. Rotterdam: GGD Rotterdam, 2005.
- 6 Van Wieringen J, Thomas R. *Nieuwe Sporen 2002 -2004: Hoe vertrouwenspersonen bijdragen aan het oplossen van psychosociale problemen van allochtonen*. Den Haag: ZonMw, 2004.
- 7 Kamperman AM, Komproe IH, De Jong JTVM. *De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij eerste generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten*. *Gedrag & Gezondheid* 2003;3:163-75.
- 8 Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Crijnen AA. *Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in The Netherlands*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:118-24.
- 9 Hagnaars LHA, Bernards ATM, Oostendorp RAB. *The multidimensional load/carriability model*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2002.
- 10 Prochaska JO, DiClemente CC. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones Irwin, Homewood, 1984.
- 11 Van Ravensberg CD, Akihary SCN, Van de Streek MD, Barendse JM, Wams HWA. *Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten*. Amersfoort: NPi en RGF AMA maart 2006. Zie ook www.paramedisch.org/migranten.
- 12 Jacobs G, Braakman M, Houweling J. *Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2005.
- 13 Brooks R. *EuroQol: the current state of play*. *Health Policy* 1996;37:53-72.
- 14 Dolan P. *Aggregating health state valuations*. *J Health Serv Res Policy* 1997;2:160-5.
- 15 Singh SJ, Morgan MDL, Scott S, Walters D, Hardman AE. *Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airway obstructions*. *Thorax* 1992;47:1019-24.



Foto: Marie Cecile Thijs/Hollandse Hoogte