

## **BEWEEGKUUR**

Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl.

## **HANDLEIDING BEWEEGKUUR VOOR DE FYSIOTHERAPEUT**

NISB ontwikkelt de BeweegKuur met subsidie van het ministerie van VWS en in samenwerking met NHG, NVD, LVG, NVDA, KNGF, LHV, DVN, NDF en VSG.

Voor de doorontwikkeling van de BeweegKuur is naast bovengenoemde partners samenwerking gezocht met PON, NOV, NIP en ActiZ.

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)

**P** Postbus 643, 6710 BP EDE  
**T** 0318-490900  
**F** 0318-490995  
**E** [info@nisb.nl](mailto:info@nisb.nl)  
**W** [www.nisb.nl](http://www.nisb.nl)  
**W** [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl)

# Beweeg Kuur

MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING



Ministerie van  
Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

*VVF's*



**Colofon**

*Titel:* 'Handleiding BeweegKuur' voor de fysiotherapeut  
*Subtitel:* Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl.  
*Versie:* 1.2

*Redactie:*  
mw. L. Butselaar  
mw.. B. van der Poel  
dhr. drs. D. Schaars  
Mw. drs. E. van Ballegooie  
mw. drs. I. Broeders\*

*Met dank aan:*  
dhr. prof.dr.ir. J.C. Seidell, mw. drs. S. Niemer (Partnerschap Overgewicht Nederland), mw. dr. W.J.E. Bemelmans (RIVM); dhr. dr. S.P.J. Kremers, mw. drs. J. Helmink, dhr. drs. V. Cox, (GVO, Universiteit Maastricht).

De leden van de ontwikkelgroep van de (doorontwikkelde) BeweegKuur:

NISB	(Nederlands Instituut voor Sport en Beweging) vertegenwoordigd door mw. L. Butselaar; dhr. D. Schaars;
PON	(Partnerschap Overgewicht Nederland) vertegenwoordigd door mw. S. Niemer;
NVDA	(Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten) vertegenwoordigd door mw. T. Van Baar, mw. C. Van Velzen;
NVD	(Nederlandse Vereniging van Diëtisten) vertegenwoordigd door mw. W. Remijnse;
DNO	(Diabetes and Nutrition Organization) vertegenwoordigd door mw. L. Smit*;
KNGF	(Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie) vertegenwoordigd door mw. E. Rutte; dhr. N. Hutting*;
NHG	(Nederlands Huisartsen Genootschap) vertegenwoordigd door dhr. B. Spelberg; dhr. J. Galavazi*; dhr. T. Drenthen;
NDF	(Nederlandse Diabetes Federatie) vertegenwoordigd door mw. C. Aarsen;
LVG	(Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns) vertegenwoordigd door dhr. P. Rijnbeek*; mw. Y. Schoenmakers;
NIP	(Nederlands Instituut van Psychologen) vertegenwoordigd door dhr. P. Daansen;
NOV	(Nederlandse Obesitas Vereniging) vertegenwoordigd door mw. S. Kruizinga;
ActiZ	(Organisatie van zorgondernemers) vertegenwoordigd door mw. T. Bouwman;
VSG	(Vereniging voor Sportgeneeskunde) vertegenwoordigd door dhr. S. Praet;
TNO	(org. Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek) vertegenwoordigd door dhr. T. Jongert*;
NPi	(Nederlands Paramedisch instituut) vertegenwoordigd door dhr. H. Askes*; dhr. H. Bult*;
DVN	(Diabetes Vereniging Nederland) vertegenwoordigd door dhr. J. Doorenbos*.

© NISB, Ede, januari 2012

Niets uit deze uitgave mag zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs gekopieerd en/of vermenigvuldigd worden. Deze conceptversie wordt regelmatig bijgewerkt, u ontvangt als betrokken inhoudsdeskundige, de meest recente versie.

Beste fysiotherapeut,

Voor u ligt de handleiding van de BeweegKuur voor de fysiotherapeut die betrokken is bij de uitvoering van de BeweegKuur. U bent als fysiotherapeut een belangrijke speler in het BeweegKuur-netwerk. In deze handleiding worden de taken van de fysiotherapeut concreet en stapsgewijs uitgewerkt.

Het document '*Kennismaking met de BeweegKuur*' ligt ten grondslag aan de handleidingen voor de verschillende disciplines. Wij bevelen aan dit document te lezen alvorens aan de slag te gaan met de handleiding. '*Kennismaking met de BeweegKuur*' is te downloaden van de website [www.beweegkuur.nl/inlog](http://www.beweegkuur.nl/inlog) van het NISB.

Daar kunt u ook aanvullende informatie vinden, zoals de wetenschappelijke onderbouwing en referenties, en informatie over lokale samenwerking en de taken van de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Op de website vindt u verder:

- competentieprofielen van de leefstijladviseur en fysiotherapeut met aanvullende scholing
- materialen BeweegKuur zoals het logboek BeweegKuur en informatiefolders
- achtergrondinformatie over onder meer obesitas en leefstijl, diabetes en leefstijl, het belang van bewegen voor mensen met een hoog gezondheidsrisico, voedingsadviezen.

In deze handleiding wordt gesproken over de fysiotherapeut. De taken van de BeweegKuur-fysiotherapeut kunnen ook worden uitgevoerd door een oefentherapeut mits deze persoon aan het competentieprofiel voldoet. Voor de leesbaarheid wordt in deze handleiding de term 'fysiotherapeut' gebruikt.

Wij hopen u met deze handleiding houvast te bieden bij de uitvoering van de BeweegKuur. Namens het NISB projectteam en alle partners van de BeweegKuur wensen wij u veel succes!

***Bij verwijzing naar personen, ofwel 'zij' ofwel 'hij', wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm (hij/zij) bedoeld.***

## **Inhoud**

### **Voorwoord**

### **Wegwijzer bij de handleiding BeweegKuur voor de leefstijladviseur**

#### **Deel I Over de BeweegKuur**

- 1 Doel en uitgangspunten
- 2 Organisatie, taken en competenties

#### **Deel II Traject**

##### Trajectbeschrijving BeweegKuur

- Fase 1 Signalering
- Fase 2 Beoordeling
- Fase 3 Coaching
- Fase 4 Evaluatie en nazorg

#### **Deel III Coachingstraject fysiotherapeut**

- 1 Coachingstraject fysiotherapeut
- 2 Beweegprogramma's
- 3 Beweegplan
- 4 Ondersteuning zelfmanagement

#### **Deel IV Bijlagen**

- 1 Stroomschema's
- 2 Voorbeeldbrieven
- 3 Testen
- 4 Instructies/achtergrondinformatie

## **Wegwijzer bij de handleiding BeweegKuur**

Dit is de handleiding voor de fysiotherapeut. Er is ook een handleiding voor de diëtist en een handleiding voor de leefstijladviseur. Deel I en II zijn voor alle handleidingen gelijk. Deel III en IV verschillen per handleiding.

### **Deel I**

Via het document 'Kennismaking met de BeweegKuur' u al kennis kunnen nemen van de aanleiding, inhoud en betekenis van de BeweegKuur. In deel I vindt u nog eens kort het doel en de organisatie van de BeweegKuur weergegeven.

Daarnaast gaan we wat dieper in op de benodigde deskundigheid van de betrokken zorgverleners en (het belang van) de multidisciplinaire samenwerking.

### **Deel II**

Het tweede deel geeft een bondige beschrijving van het totale traject van de BeweegKuur en de rol van betrokken instanties en hulpverleners in elke fase.

### **Deel III**

Dit deel beschrijft de taken van de fysiotherapeut gedurende het coachingstraject in drie hoofdstukken. Daarnaast een hoofdstuk met een instructie voor het opstellen van een bewegesplan en een hoofdstuk over zelfmanagement.

### **Deel IV**

Dit deel bevat de bijlagen waarnaar in de handleiding verwezen wordt:

- stroomschema's
- voorbeeld-(verwijs)brieven
- instructies/achtergrondinformatie.

Lezing van deze artikelen is onontbeerlijk bij het uitvoeren van het coachingstraject.

Deze bijlagen zijn ook te vinden op de website [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl), afdeling Documenten.

# *Deel I*

## *Over de BeweegKuur*

# 1 Doel en uitgangspunten

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico.

## 1.2 Doel

Het doel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door middel van meer bewegen, een gezonde voeding en het laten beklijven van de aangepaste leefstijl door gedragsverandering en het ondersteunen van zelfmanagement.

Onderzoek<sup>1</sup> toont aan dat door een gezonde leefstijl positieve effecten behaald kunnen worden in termen van gezondheidswinst. In navolging van de CBO richtlijn<sup>2</sup> is het specifieke doel van een jaar begeleiding in BeweegKuur een gewichtsreductie van 5-15%, die gehandhaafd wordt in het jaar na de BeweegKuur. De deelnemer streeft daarbij vooral naar het behalen van persoonlijke doelen.

## 1.3 Doelgroep

De BeweegKuur is bedoeld voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico die een inactieve leefstijl hebben en gemotiveerd zijn voor gedragsverandering.

De inclusie- en exclusiecriteria worden uitgebreid beschreven in [deel II Traject, pagina 18](#).

## 1.4 Methode

Om te komen tot een gezonde leefstijl biedt de BeweegKuur de deelnemer een geïntegreerd plan bestaande uit drie onderdelen:

- bewegen: het verhogen van de lichamelijke activiteit;
- voeding: het verminderen van de energie-inname, door een individueel samengesteld dieet, dat leidt tot verbetering van het eetgedrag;
- gedragsverandering: ondersteuning van zelfmanagement bij leefstijlaanpassingen.

Gedurende het traject wordt de deelnemer gecoacht door een team van zorgverleners. Een leefstijladviseur vormt daarin het centrale punt. Daarnaast zijn er een fysiotherapeut, diëtist en eventueel lokale sportaanbieders bij betrokken.

### *Bewegen*

Het thema bewegen onderscheidt drie beweegprogramma's die hoofdzakelijk verschillen in de mate van begeleiding:

1. zelfstandig beweegprogramma: bewegen binnen het reguliere lokale beweegaanbod;
2. opstartprogramma: bewegen onder (tijdelijke) beperkte begeleiding van een fysiotherapeut<sup>3</sup>;

---

<sup>1</sup> RIVM onderzoek kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvisering

<sup>2</sup> CBO richtlijn 'diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'

<sup>3</sup> Of oefentherapeut indien deze voldoet aan het competentieprofiel.



3. begeleid beweegprogramma; bewegen onder (tijdelijke) begeleiding van een fysiotherapeut<sup>4</sup>.

Op basis van een intake en een inspanningstest brengt de fysiotherapeut een advies uit aan de leefstijladviseur over het beweegprogramma en de intensiteit en vorm van bewegen. Aan de hand van het advies van de fysiotherapeut stelt de leefstijladviseur in overleg met de deelnemer het beweegprogramma vast.

Uitgangspunt is steeds dat de deelnemer de regie heeft bij de keuze van het programma en dat de zorgverlener de deelnemer bij zijn keuze adviseert en ondersteunt. Ook binnen de programma's is er ruimte voor keuzes.

### *Voeding*

Voor het voedingsprogramma verwijst de leefstijladviseur alle deelnemers door naar de diëtist voor een individueel voedingsconsult. Gedurende de de BeweegKuur zijn er twee individuele follow-up consulten mogelijk. Daarnaast biedt de diëtist de deelnemer groepsvoorlichting aan. Deze groepsvoorlichting (zeven bijeenkomsten) laat de diëtist aansluiten bij de wensen en persoonlijke doelen van de deelnemers.

### *Gedragsverandering*

Een derde pijler in de BeweegKuur is de aandacht voor gedragsverandering, waarbij *zelfmanagementondersteuning* een grote rol speelt. Gedurende de BeweegKuur is de leefstijladviseur de persoonlijke coach met wie de deelnemer regelmatig contact heeft over de voortgang. Een goede relatie gebaseerd op vertrouwen en respect tussen beide is hierbij van belang. De leefstijladviseur en de deelnemer stellen samen het individuele plan op, waarin zij persoonlijke doelen en afspraken vastleggen. De leefstijladviseur richt zich op kennisoverdracht, coachingsvaardigheden en het wegwijs maken van de deelnemer in (beweeg)voorzieningen.

De BeweegKuur zal alleen effectief blijken als het gewenste gedrag langdurig wordt volgehouden. Door terugval in gedragsverandering vroegtijdig te signaleren tijdens de consulten bij de leefstijladviseur, diëtist en/of fysiotherapeut, kan hier tijdig en effectief worden ingegrepen (terugvalpreventie). De leefstijladviseur stemt geregeld af met de huisarts en de andere betrokken zorgverleners.

Groepsbegeleiding heeft positieve effecten op de motivatie van deelnemers. Daarnaast spelen groepsdynamica en groepsbinding een belangrijke rol in de uiteindelijke gedragsverandering en gedragsbehoud. Daarom wordt zoveel mogelijk gestreefd naar beweegactiviteiten in groepsverband en groepsvoorlichting in het voedingsprogramma

## **1.5 Duur van de BeweegKuur**

De BeweegKuur duurt maximaal één jaar; in deze periode moet het mogelijk zijn gedrag te veranderen en voorwaarden te scheppen voor gedragsbehoud. Deelnemers die een jaar lang lichamelijk actiever zijn en gezonder eten, en daarmee gezondheidswinst boeken, zijn vaak zo intrinsiek gemotiveerd dat zij hun gezonde leefstijl voortzetten. Daarom stopt de begeleiding binnen de BeweegKuur na 12 maanden.

---

<sup>4</sup> Het begeleid beweegprogramma is in 2010 en 2011 slechts op enkele locaties beschikbaar ivm een lopend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van dit beweegprogramma.

## 1.6 Nazorg

Terugvalpreventie is een belangrijk instrument om het effect van de begeleiding te borgen. Daarom is het van belang dat de leefstijladviseur, praktijkondersteuner en huisarts ook na de BeweegKuur de leefstijlverandering blijven monitoren. Bestaande consulten, zoals de diabetescontroles en het hypertensiespreekuur, zijn bij uitstek momenten om dit te doen.

Terugval kan op deze manier vroegtijdig gesignaleerd en opgevangen worden.

De intensiteit en wijze van nazorg verschilt per deelnemer en is vooral afhankelijk van het beweegprogramma dat gevolgd is (zie deel II Traject 1.2).

## 2 Organisatie, taken en competenties

### 2.1 Multidisciplinaire samenwerking

De BeweegKuur is een multidisciplinaire interventie. Door de samenwerking tussen partners in zowel de eerstelijnszorg als de openbare gezondheidszorg draagt het programma bij aan de ontwikkeling van een solide (lokale) infrastructuur voor preventieve zorg. Belangrijke voorwaarde voor de BeweegKuur is dat de uitvoering geïntegreerd is in de reguliere huisartsenzorg.

Binnen de BeweegKuur spelen naast de leefstijladviseur de fysiotherapeut, de diëtist én de sport- en beweegbegeleider een belangrijke rol. De deelnemer moet ervaren dat er een team betrokken zorgverleners achter hem staat. Daarnaast wijzen de zorgverleners de deelnemer op de eigen verantwoordelijkheid voor het slagen van de BeweegKuur. Van de deelnemer wordt verwacht dat hij bewust keuzes maakt, en de regie in eigen handen neemt. Voor het zelfmanagement is het cruciaal dat zorgverleners elkaar kennen, elkaar belangrijk vinden, elkaar ondersteunen en eenduidige adviezen geven. Door structurele samenwerking, korte communicatielijnen waarbij de disciplines kennis hebben van elkaars vakgebied, ontstaat er synergie.

Het *Beweegkuur Informatie Systeem (BIS)*, een speciaal voor de BeweegKuur ontwikkeld registratiesysteem, kan helpen bij de communicatie tussen de zorgverleners.<sup>5</sup>

De wijze waarop de samenwerking plaatsvindt, is afhankelijk van de lokale situatie en de werksetting. De fysiotherapeut en diëtist rapporteren aan de leefstijladviseur over de voortgang van de deelnemer en vice versa. Bij beëindiging van begeleiding zorgen de zorgverleners voor een overdracht. De leefstijladviseur onderhoudt contact met betrokken zorgverleners én sport- en beweegaanbieders.

### 2.2 Deskundigheid van betrokken zorgverleners

Het takenpakket van de betrokken zorgverleners bevindt zich niet alleen op de voor hen bekende werkterreinen, maar ook op essentiële aspecten als gedragsverandering en medische achtergrondkennis. Voor een succesvolle begeleiding van de deelnemer is het daarom noodzakelijk dat de zorgverlener deskundig is om de BeweegKuur uit te voeren. Voor de diëtist sluiten de taken binnen de BeweegKuur aan bij het huidige takenpakket. Fysiotherapeuten die beweegprogramma's van de BeweegKuur willen uitvoeren dienen aanvullend geschoold te zijn. We spreken daarom binnen de BeweegKuur over fysiotherapeuten met aanvullende scholing. Ook de leefstijladviseur dient te worden geschoold.

Voor de leefstijladviseurs en fysiotherapeuten zijn competentieprofielen opgesteld. Deze zijn te downloaden van [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl). Ook andere disciplines zoals oefentherapeuten kunnen betrokken zijn bij de uitvoering van de Beweegkuur, mits zij voldoen aan de competentieprofielen.

---

<sup>5</sup> NISB en Vital Health hebben een digitaal registratiesysteem voor de BeweegKuur ontwikkeld, het BeweegKuur Informatie Systeem (BIS). Dit systeem vereenvoudigt de registratie van de BeweegKuur deelnemer, ondersteunt de zorgverlener, vervangt de oude Excel bestanden en bevordert de communicatie tussen zorgverleners. BIS is te raadplegen en gebruiken via [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl).

## 2.3 Ondersteuning van zelfmanagement

Het doel van de BeweegKuur is dat deelnemers aan het eind van het programma (zelfstandig) blijven bewegen en hun gezondere voedingspatroon vasthouden. Deze gedragsverandering vergt *zelfmanagement*.

Binnen de BeweegKuur hanteren we de volgende definitie van zelfmanagement:

*“Zelfmanagement is het individuele vermogen van de deelnemer om goed om te gaan met symptomen, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en de leefstijl hierop aan te passen.”*

De mate van zelfmanagement is voor elke deelnemer verschillend. De betrokken zorgverleners stemmen hun begeleiding af op het niveau van de individuele deelnemer. De kerngedachte bij zelfmanagementondersteuning is om het proces van de BeweegKuur mét de deelnemer vorm te geven op een manier die het beste bij de deelnemer past. De ICF BeweegKuur is hierbij een belangrijk hulpmiddel<sup>6</sup>. De zorgverlener geeft de juiste informatie en ondersteuning, de deelnemer heeft de regie in handen. Het generieke model zelfmanagement geeft aan wat de essentie van zelfmanagement is en aan welke onderdelen aandacht kan worden besteed bij het bevorderen van zelfmanagement. [Zie ook 2.4 en voor een uitgebreide toelichting op het begrip zelfmanagement deel III, hoofdstuk 5.](#)

## 2.4 De rol van de leefstijladviseur

De leefstijladviseur coacht en begeleidt (door de huisarts gedelegeerd) deelnemers naar een gezonde en actieve leefstijl. Het accent ligt op het ondersteunen van zelfmanagement: het bevorderen van de intrinsieke motivatie en het verhogen van de eigen effectiviteit en verantwoordelijkheid. Hierbij krijgt het voedings- en beweeggedrag van de deelnemers speciale aandacht.

De leefstijladviseur maakt en bewaakt de afspraken met de deelnemer gedurende het advies- en begeleidingstraject en koppelt de informatie over de voortgang terug aan de andere zorgverleners in het team..

De coaching en begeleiding van deelnemers met chronische aandoeningen zoals diabetes vindt plaats naast, of in aansluiting op, de reguliere zorg. Voor deelnemers waarbij geen sprake is van reguliere contactmomenten binnen de huisartsenpraktijk worden aparte coachmomenten gepland.

### *Taakgebieden binnen de BeweegKuur*

De taken van de leefstijladviseur zijn onder te verdelen in vier taakgebieden:

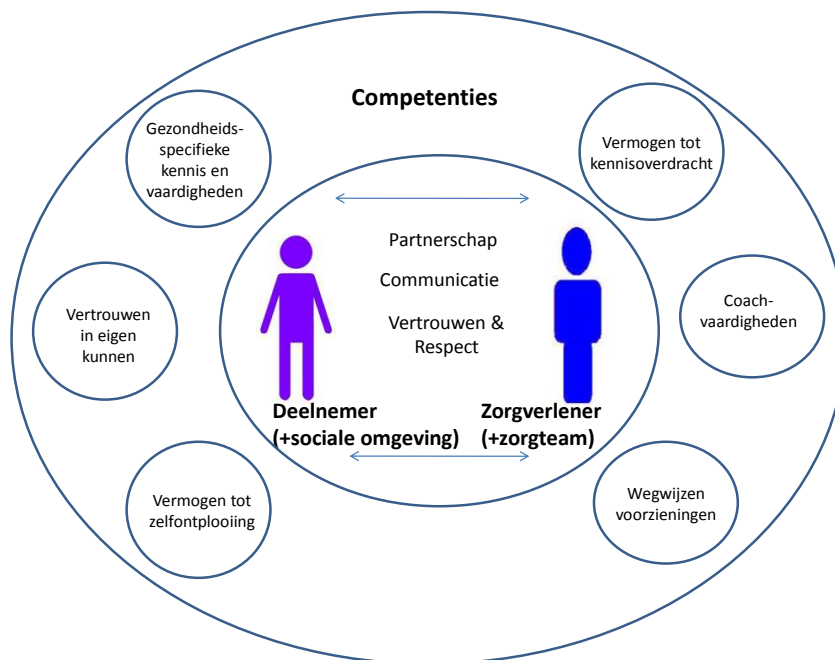
1. het evalueren van de voortgang in beweeg- en voedingsgedrag van deelnemers;
2. het begeleiden en coachen van deelnemers en het ondersteunen van zelfmanagement;
3. het informeren en adviseren van deelnemers;
4. het coördineren van het zorgproces van deelnemers in het zorgnetwerk.

---

<sup>6</sup> ICF staat voor ‘*International Classification of Functioning, disability and health*’. De leefstijladviseur kan het formulier (zie deel IV Bijlagen gebruiken om het gezondheidsprofiel en daarop van invloed zijnde factoren in kaart te brengen.

### *Specifieke competenties ondersteuning van zelfmanagement*

Voor een goede ondersteuning van zelfmanagement is het van belang dat de relatie tussen de leefstijladviseur en de deelnemer gebaseerd is op partnerschap, vertrouwen en respect. Ook is een duidelijke communicatie belangrijk. De deelnemer zal voldoende gezondheids-specifieke kennis en vaardigheden moeten hebben om bewuste keuzes te kunnen maken. De zorgverlener moet dus beschikken over kennis en het vermogen tot kennisoverdracht. Ook zal de zorgverlener het vertrouwen in eigen kunnen en vermogen tot zelfontplooiing bij de deelnemer optimaal moeten ondersteunen. Zodra een deelnemer een klein resultaat ziet, zal het vertrouwen in eigen kunnen toenemen waardoor nieuwe stappen kunnen worden gezet, zowel fysiek als op geestelijk vlak. Coachvaardigheden en het wegwijs maken in voorzieningen zijn hierbij belangrijke competenties voor de zorgverlener. In onderstaande model zijn de verschillende competenties weergegeven die van belang zijn in de relatie tussen deelnemer en zorgverlener. Dit model is een afgeleide van het generiek model zelfmanagement, dat in **deel III, hoofdstuk 5**, wordt toegelicht.



### *Wie?*

In de ideale situatie wordt de rol van leefstijladviseur vervuld door een *praktijkondersteuner*. Zij zal dan zowel de leefstijladvisering als de medisch-inhoudelijke zorg op zich nemen. In dit geval is er een optimale inbedding in de reguliere huisartsenzorg.

Als de rol van leefstijladviseur door een *andere discipline* dan de praktijkondersteuner vervuld wordt, bijvoorbeeld door een diëtist of een fysiotherapeut, vindt er een opsplitsing van taken plaats. De leefstijladviseur verzorgt dan alleen de leefstijladvisering (begeleiding en coaching) in het kader van de BeweegKuur. De reguliere medische zorg blijft in handen van de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner voorziet de leefstijladviseur van de noodzakelijke medische gegevens en assisteert bij de indicatiestelling en eventuele doorverwijzing naar de fysiotherapeut en/of diëtist. De praktijkondersteuner begeleidt ook de bijstelling van de medicatie.

## 2.5 De rol van de fysiotherapeut

De fysiotherapeut werkt in de BeweegKuur intensief samen met de leefstijladviseur. In het *zelfstandig beweegprogramma* heeft de fysiotherapeut een adviserende taak. In het *opstartprogramma* en *begeleid beweegprogramma* heeft hij een adviserende en een begeleidende taak.

Naast de reguliere competenties van de fysiotherapeut heeft hij binnen de BeweegKuur aanvullende taken:

1. het indiceren, opstellen en uitvoeren van het beweegprogramma;
2. de transfer van de deelnemer van de eerste lijn naar het lokale sport-/beweegaanbod;
3. het motiveren van deelnemers en het ondersteunen van zelfmanagement;
4. het voeren van multidisciplinair overleg.

In deze handleiding wordt gesproken over de fysiotherapeut. De taken van de BeweegKuur-fysiotherapeut kunnen ook worden uitgevoerd door een oefentherapeut, mits deze aan het competentieprofiel voldoet. Voor de leesbaarheid wordt in deze handleiding de term 'fysiotherapeut' gebruikt.

Zie ook het competentieprofiel fysiotherapeut op [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl).

## 2.6 De rol van de diëtist

Ook de diëtist werkt in de BeweegKuur samen met de leefstijladviseur. De diëtist is verantwoordelijk voor de begeleiding op het gebied van voeding. De leefstijladviseur verleent follow-up op de adviezen van de diëtist.

De diëtist die actief is binnen de BeweegKuur heeft de volgende taken:

1. diagnostiek, vaststellen behandelplan en het geven van voedingsadviezen;
2. het organiseren en uitvoeren van groepsvoorlichting;
3. het motiveren van deelnemers en het ondersteunen van zelfmanagement;
4. het voeren van multidisciplinair overleg.

## 2.7 De rol van de sport- en beweegbegeleider

De sport- en beweegbegeleider begeleidt de deelnemers aan de BeweegKuur bij laagdrempelige beweegactiviteiten. Sport- en beweegbegeleiders dienen een korte opleiding tot BeweegKuur-instructeur te volgen. Zij stellen een gevarieerd sport- en beweegprogramma op dat is afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van de deelnemers. Ook begeleiden en coachen ze de deelnemers om een gezonde en actieve leefstijl te behouden. Van deze begeleider wordt verwacht dat hij in het lokale BeweegKuur-team kan samenwerken volgens een multidisciplinaire aanpak. Er zal vooral contact zijn met de leefstijladviseur en de fysiotherapeut.

# *Deel II Traject*

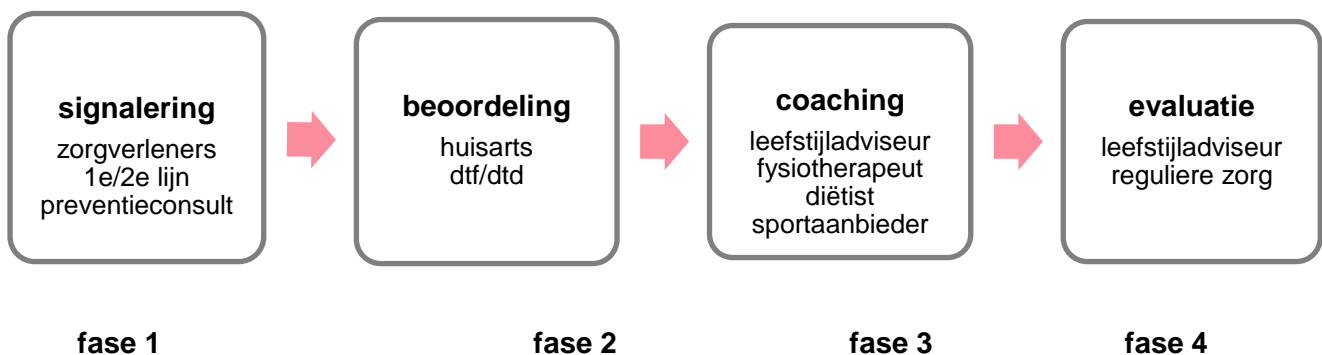
## Trajectbeschrijving BeweegKuur

In dit deel beschrijven wij het traject van de BeweegKuur als te doorlopen fasen. Bij iedere fase zijn één of meerdere zorgverleners uit de zorgketen betrokken.

De fasen die achtereenvolgens doorlopen worden, zijn:

- **Fase 1      Signalering**  
Signalering vindt plaats door het reguliere huisartsconsult en doorverwijzing door 1<sup>e</sup>/2<sup>e</sup>lijns zorgverleners.
- **Fase 2      Beoordeling**  
Indicatiestelling en doorverwijzing door huisarts, fysiotherapeut of diëtist naar leefstijladviseur.
- **Fase 3      Coaching**  
Vaststellen en begeleiden BeweegKuur volgens volgende stappen:
  - Stap 1      inventarisatie status deelnemer
  - Stap 2      vaststelling beweeg- en voedingsplan
  - Stap 3      coaching verandergedrag en zelfmanagement.
- **Fase 4      Evaluatie en nazorg**  
Einde BeweegKuur en follow-up in reguliere zorg

*Figuur 1* Traject BeweegKuur globaal





## Fase 1 Signalering

Belangrijk voor de BeweegKuur is dat deze wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg en binnen de reguliere zorg. Signalering kan op verschillende manieren plaatsvinden. Meestal stromen mensen in via het reguliere huisartsconsult. Daarnaast kunnen deelnemers via andere interventies binnen de huisartsenpraktijk, zoals de Routeplanner Diabetes van de NDF, mensen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico doorverwezen worden. Ook andere (para)medische zorgverleners in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, zoals specialisten, verpleeghuisartsen, sportartsen, diabetesverpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten en apothekers kunnen een signalerende rol spelen en mensen doorverwijzen naar de huisarts. Het preventieconsult, ontwikkeld door het NHG, kan een goede methode zijn om te beoordelen of mensen in aanmerking komen voor de BeweegKuur.<sup>7</sup>

## Fase 2 Beoordeling

**Doel:**

Vaststellen of deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur

**Betrokken disciplines:**

Huisarts, leefstijladviseur, fysiotherapeut, diëtist

**Benodigde instrumenten <sup>8</sup>:**

- recept 'BeweegKuur';
- formulier Beweegscore;
- medische verwijsbrief deelnemer;
- BeweegKuur folder 'Zet uzelf in beweging! Informatie voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico'

## Indicatiestelling en verwijzing door huisarts

De huisarts bepaalt of iemand kan deelnemen aan de BeweegKuur op grond van in- en exclusiecriteria, beweegscore, persoonlijke situatie en wensen van de deelnemer.<sup>9</sup> Indien de deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur en ook wil starten, schrijft de huisarts het recept 'BeweegKuur' uit en maakt de deelnemer een afspraak met de leefstijladviseur voor het eerste consult<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Het preventieconsult, ontwikkeld door het NHG, is een methode waarmee deelnemers voor de beweegkuur beoordeeld kunnen worden.

<sup>8</sup> De benodigde instrumenten zijn opgenomen in deel IV.

<sup>9</sup> In de meeste gevallen doet de huisarts de indicatiestelling. In sommige gevallen verricht de fysiotherapeut of diëtist een gedeelte van de indicatie en verwijst door naar de leefstijladviseur.

<sup>10</sup> De BeweegKuur sluit aan bij de wijze van signalering en oriëntatie zoals beschreven in relevante richtlijnen: NHG standaard Diabetes Mellitus type 2 en cardiovasculair risicomangement en CBO richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'.

Om een indruk te krijgen van het beweegpatroon van de deelnemer kan de huisarts voorafgaand aan het consult de *beweegscore* laten invullen. Dit instrument geeft een indicatie van het beweegniveau van de deelnemer en de motivatie om hierin een verandering te realiseren. De huisarts bespreekt de uitkomst met de deelnemer (zie IV bijlage 1.2). Aan de hand van de volgende criteria bepaalt de huisarts of iemand de BeweegKuur kan volgen:

#### *Inclusiecriteria*

De volgende personen komen in aanmerking voor de BeweegKuur (zie ook tabel 1):

1. Mensen met een verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico: BMI tussen 25 en 30 in combinatie met een grote buikomvang ( $\geq 88$  cm voor vrouwen;  $\geq 102$  cm voor mannen) en/of comorbiditeit;
2. Mensen met een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico: BMI tussen 30 en 35 ongeacht buikomvang, ongeacht comorbiditeit;
3. Mensen met zeer hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico: BMI tussen 35 en 40 ongeacht buikomvang, maar zonder comorbiditeit<sup>11</sup>.

Bovendien moeten deelnemers aan de BeweegKuur voldoen aan de onderstaande criteria:

- gemotiveerd voor gedragsverandering;
- een inactieve leefstijl (niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen: een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week).

Figuur 2 Tabel Niveau van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico volwassenen

BMI	Buikomvang		Comorbiditeit		
	Normaal	Te groot*	Risicofactoren HVZ – DM**	Artrose en slaapapneu	DM - HVZ
25-30	-	A	B	C	C
30-35	A	A	B	C	C
35-40	C	C	C	-	-
$\geq 40$	-	-	-	-	-

\*Te groot:  $\geq 88$  cm voor vrouwen;  $\geq 102$  cm voor mannen.

\*\* Hieronder wordt verstaan: hypertensie, dyslipidemie, gestoord nuchtere bloedglucose.

In bovenstaande tabel is het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico schematisch weergegeven. Deze indeling wordt ook als richtlijn gebruikt bij de keuze voor een beweegprogramma (zie deel III, 1.2 en 2).

#### *Exclusiecriteria*

De huisarts beslist ook of personen geëxcludeerd moeten worden voor de BeweegKuur. Hij is verantwoordelijk voor screening van eventuele contra-indicaties en, indien geïndiceerd, de doorverwijzing voor aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld een Inspannings-ECG<sup>12</sup>). De gebruikelijke richtlijnen en standaarden vormen hierbij de basis van zijn beslissing.

<sup>11</sup> Hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose, slaapapneu.

<sup>12</sup> Voor de afname van het I-ECG door een sportarts is momenteel geen vergoeding uit de basisverzekering beschikbaar.

Personen die geëxcludeerd worden voor de BeweegKuur kunnen eventueel later, na behandeling van de contra-indicatie (in bijvoorbeeld de tweedelijns of een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie), alsnog instromen in de BeweegKuur.

### Verwijzing naar leefstijladviseur door fysiotherapeut of diëtist

Het is ook mogelijk om in te stromen bij de fysiotherapeut via directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) en de diëtist via directe toegankelijkheid diëtist (DTD).

Omdat bij de doelgroep sprake kan zijn van complexe gezondheidsproblematiek, is het reguliere DTF-concept iets aangepast voor de BeweegKuur.

Als iemand binnenkomt bij de fysiotherapeut via DTF, kijkt de fysiotherapeut eerst of iemand met een chronische ziekte adequaat onder behandeling is. Hij verwijst zo nodig direct door naar de huisarts.

- *Als de fysiotherapeut/diëtist **niet** competent is in de BeweegKuur* verwijst hij direct door naar de leefstijladviseur.
- *Als de fysiotherapeut/diëtist **wel** competent is in de BeweegKuur* stelt hij eerst een indicatie voor het type beweegprogramma binnen de BeweegKuur (*zie handleiding fysiotherapeut en deze handleiding deel III*). Vervolgens verwijst hij de deelnemer door naar de leefstijladviseur, vergezeld van de verwijfsbrief (*zie deel IV, bijlage 2.5*).

De leefstijladviseur bepaalt op basis van de algemene indicatiecriteria of de deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur en brengt de huisarts op de hoogte van deelname aan de BeweegKuur. De huisarts schrijft vervolgens het recept uit. Indien de indicatie (van leefstijladviseur en fysiotherapeut) 'opstartprogramma' of 'begeleid beweegprogramma' luidt, kan de deelnemer het beweegprogramma bij de fysiotherapeut volgen.

Indien de indicatiestelling van de leefstijladviseur voor het beweegprogramma afwijkt van die van de fysiotherapeut, vindt nader overleg plaats. In dit geval stelt de leefstijladviseur in overleg met de deelnemer uiteindelijk de definitieve indicatie vast.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> *Let op:* de rol van 'directe toegankelijkheid oefentherapeut (DTO)' was bij het drukken van deze handleiding nog niet omschreven. Wellicht dat dit in de toekomst wel opgenomen wordt. Houd [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl) in de gaten voor meer informatie.

### Fase 3 Coaching

Nadat de huisarts het BeweegKuur-recept heeft uitgeschreven komt de leefstijladviseur in beeld. Het coachingstraject door de leefstijladviseur in samenwerking met fysiotherapeut, diëtist of lokale sportaanbieders komt in deel III uitvoerig aan de orde. De eerste taak van de leefstijladviseur is om de indicatiestelling volledig te maken. Vervolgens zal zij de deelnemer in vijf tot zes vervolggconsulten coachen en begeleiden naar een gedragsverandering. Ook is in deel III een uitgebreide beschrijving van de beweegprogramma's en het voedingsprogramma te vinden.

*Zelfmanagementondersteuning neemt bij de gedragsverandering een centrale plaats in.* De manier waarop de leefstijladviseur hierin coacht en begeleidt is mede bepalend voor een geslaagde afloop van de interventie. (Zie deel III, hfdst. 4 en deel IV, bijlage 4.1).

### Fase 4 Evaluatie en nazorg

Fase 4 omvat niet alleen de evaluatie maar ook afspraken over de nazorg. Na een jaar intensieve begeleiding heeft de deelnemer als het goed is resultaat geboekt op het gebied van eet- en beweeggedrag en op het vasthouden van dit gedrag. De BeweegKuur wordt dan ook na een jaar afgesloten.

Om het behaalde resultaat te borgen is *terugvalpreventie* een belangrijk instrument.

Het is daarom zaak dat de leefstijladviseur de deelnemer na de BeweegKuur blijft monitoren.

Terugval kan zo tijdig worden gesignaleerd en bijgestuurd.

- Voor mensen die hebben deelgenomen aan het *zelfstandig beweegprogramma* is een langdurige zorgfase van onderhoud en begeleiding na de BeweegKuur niet geïndiceerd. Geacht wordt dat deze groep zelf de gezonde leefstijl kan voortzetten en bestendigen.
- Voor mensen die hebben deelgenomen hebben aan het *opstartprogramma* is na een jaar BeweegKuur één jaar onderhoud geïndiceerd waarin de deelnemer driemaandelijks op controle komt. Hierna volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase, waarbij een driemaandelijkse controle wenselijk is, aansluitend bij relevante richtlijnen en standaarden.
- Voor mensen die hebben deelgenomen hebben aan het *begeleid beweegprogramma* is na een jaar BeweegKuur één jaar onderhoud geïndiceerd, waarin de deelnemer driemaandelijks op controle komt. Hierna volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase, waarbij de deelnemer idealiter nog driemaandelijks voor een korte controle komt en waarbij eens per jaar een uitgebreide controle op comorbiditeit plaatsvindt.

# *Deel III*

# *Coachingstraject*

# *fysiotherapeut*

# 1 Coachingstraject fysiotherapeut

Binnen het coachingstraject heeft de fysiotherapeut een aantal taken. Die variëren van het formuleren van een advies over het beweegprogramma van de deelnemer tot intensieve begeleiding bij het begeleid beweegprogramma. Het aantal contacten en de mate van begeleiding door de fysiotherapeut hangen af van het beweegprogramma dat de deelnemer gaat volgen.

Dit deel is als volgt opgebouwd:

- 1.1 Indicatiestelling beweegprogramma
  - intake
  - inspanningstest
- 1.2 Beweegprogramma's: algemene informatie
- 1.3 Zelfstandig beweegprogramma
- 1.4 Opstartprogramma
- 1.5 Begeleid beweegprogramma

Bij elk onderdeel behalve vindt u een omschrijving van de taken van de fysiotherapeut.

## 1.1 Indicatiestelling beweegprogramma

De fysiotherapeut adviseert de leefstijladviseur en de deelnemer over het te volgen beweegprogramma.

De fysiotherapeut verricht een intake en neemt een submaximale inspanningstest af. De uitkomsten hiervan vormen samen met het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico een indicatie/advies voor het beweegprogramma. Zie ook de indicatie/inclusiecriteria die de huisarts hanteert in [tabel 1](#). Zie [deel II, fase 2](#).

In principe is het zo dat:

- Mensen met een verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (categorie A) gaan bewegen in het *zelfstandig beweegprogramma*.
- Mensen met een hoog gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (categorie B) gaan bewegen in het opstartprogramma.
- Mensen met zeer hoog gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (categorie C) gaan bewegen in het *begeleid beweegprogramma*. Zie ook [tabel 1](#).

Als een deelnemer in spé via DTF (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) binnenkomt bij de fysiotherapeut (met competenties voor de BewegingKuur), stelt de fysiotherapeut direct een indicatie voor een beweegprogramma en verwijst daarna naar de leefstijladviseur voor de aanvullende indicatie. Bij twijfel of de deelnemer in spé een adequate behandeling heeft, verwijst de fysiotherapeut door naar de huisarts. Zie [deel II, pagina 15](#).

## 1.2 Intake

### Doel

In kaart brengen van wensen, kennis en mogelijkheden van de deelnemer.

### Middelen

- Verwijsbrief leefstijladviseur
- Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing) [deel IV bijlage 4.2](#)

### Inventarisatie

- Eerdere ervaringen en verwachtingen
- Gedragmatige/fysieke belemmeringen
- Kennis en vaardigheden
- Wensen deelnemer om zelfstandig te gaan doen
- Aanvullend lichamelijk onderzoek

### De intake bestaat (o.a.) uit:

- een analyse van eerdere ervaringen en de verwachtingen van de deelnemer
- een inventarisatie van gedragmatige belemmeringen om te gaan bewegen (startdrempel) denk hierbij aan:
  - bewegingsangst;
  - niet weten hoe zelfstandig bewegen aangepakt moet worden
  - een gebrek aan kennis over bewegen
  - een gebrek aan inzicht en vertrouwen in eigen mogelijkheden.
- a. een inventarisatie van fysieke belemmeringen om te gaan bewegen denk hierbij aan:
  - beperkte mobiliteit ten gevolge van gewrichtsklachten
  - eerdere pees- of gewrichtsklachten zoals tendinopathieën en gewrichtsontstekingen
  - gebruik van niet-steroïde anti-inflammatoire medicatie (NSAID's) in de afgelopen maand.
- een inventarisatie van de kennis en vaardigheden van de deelnemer. denk hierbij aan:
  - kennis over het belang van bewegen en de invloed van bewegen op de energiebalans
  - kennis van de relatie tussen bewegen en eventuele comorbiditeiten zoals hart- en vaatziekten, artrose en diabetes
  - vaardigheden bij specifieke situaties zoals het herkennen van en handelen bij een hypoglykemie.
- een inventarisatie van wat de deelnemer zelfstandig wil gaan doen. Bespreek hierbij de activiteiten die de deelnemer in het logboek BeweegKuur ingevuld heeft ([Logboek, hoofdstuk 'Beweegplannen'](#)). Maak gebruik van een sociale kaart. Dit is een overzicht van het lokale sport- en beweegaanbod. Het bevat gegevens van organisaties die laagdrempelige beweegactiviteiten aanbieden. De voorkeur gaat uit naar activiteiten die:
  - aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de deelnemer

- onder leiding staan van een sport- en bewegingsbegeleider met aanvullende scholing op het gebied van chronisch zieken
- een 'langdurige' inspanning vragen (fietsen, wandelen, nordic walking e.d.) en eventueel gecombineerd kunnen worden met krachttraining (in bijvoorbeeld een fitnesscentrum)
- groepsgewijs gegeven worden.
- een aanvullend lichamelijk onderzoek om fysieke mogelijkheden en belemmeringen in kaart te brengen.

## 1.2 Submaximale inspanningstest

### Doel

Advies over het verbeteren van het uithoudingsvermogen

### Middelen

Inspanningstests

Beweegvormen waarvoor uithoudingsvermogen nodig is hebben de voorkeur. Deze kunnen namelijk relatief makkelijk zelfstandig uitgevoerd worden en ze leveren een grote bijdrage aan het gewenste energieverbruik. Het testen van het uithoudingsvermogen dient als basis voor het op maat advies voor de verbetering van het uithoudingsvermogen. Drie inspanningstesten zijn aanbevolen:

1. astrand fietstest;
2. zes minuten wandeltest (6MWT);
3. steep-ramp fietstest.

(Zie deel IV, bijlagen 3.1-3.4 voor de uitvoering van de testen.)

De keuze van de test is afhankelijk van de mogelijkheden van de deelnemer en dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de zelfstandige beweegvormen die de deelnemer uit wil gaan voeren. Zorg voor een goede documentatie van de testgegevens als basis voor het advies en voor eventuele hertesten!

Mede op basis van de test kan de fysiotherapeut advies uitbrengen over de intensiteit van bewegen. Om deze intensiteit op te kunnen nemen in het beweegplan dient deze weergegeven te worden in MET's. Voor het omrekenen van de testresultaten naar MET-waarden verwijzen we naar [deel IV, bijlagen 3.1-3.4](#).

### Advies

Op basis van de informatie uit de intake en de submaximale inspanningstest brengt de fysiotherapeut advies uit aan de leefstijladviseur en de deelnemer. Dit advies bevat onder meer de volgende informatie:

- advies over het te volgen beweegprogramma (rekening houdend met het *stepped-care principe*);
- het inspanningsniveau waarop gestart wordt en de wijze waarop dit opgebouwd kan worden
  - *Beweegvorm*  
Beweegvormen die het uithoudingsvermogen aanspreken staan in het algemeen centraal in de BeweegKuur omdat ze o.a. leiden tot een hoog calorieverbruik en



vermindering van cardiovasculaire risicofactoren, en makkelijk zelfstandig uitgevoerd kunnen worden.

Bijvoorbeeld: Starten met wandelen, toerfietsen, schoolslag zwemmen etc. Dit kan opgebouwd worden naar nordic walken, sportief fietsen, borstcrawl zwemmen, etc.

- *Duur*

Bijvoorbeeld: Start met 5-10 minuten. Indien er geen problemen optreden kan dit na drie weken met 3 minuten verlengd worden.

- *Intensiteit in MET*

Bijvoorbeeld: start met 3-4 MET. Indien er geen problemen optreden kan dit na drie weken verhoogd worden naar 4-5 MET.

- *Frequentie*

Bijvoorbeeld: Start met 2-3x bewegen per week. Indien er geen problemen optreden kan dit na 4 weken uitgebreid worden naar 3-4x per week;

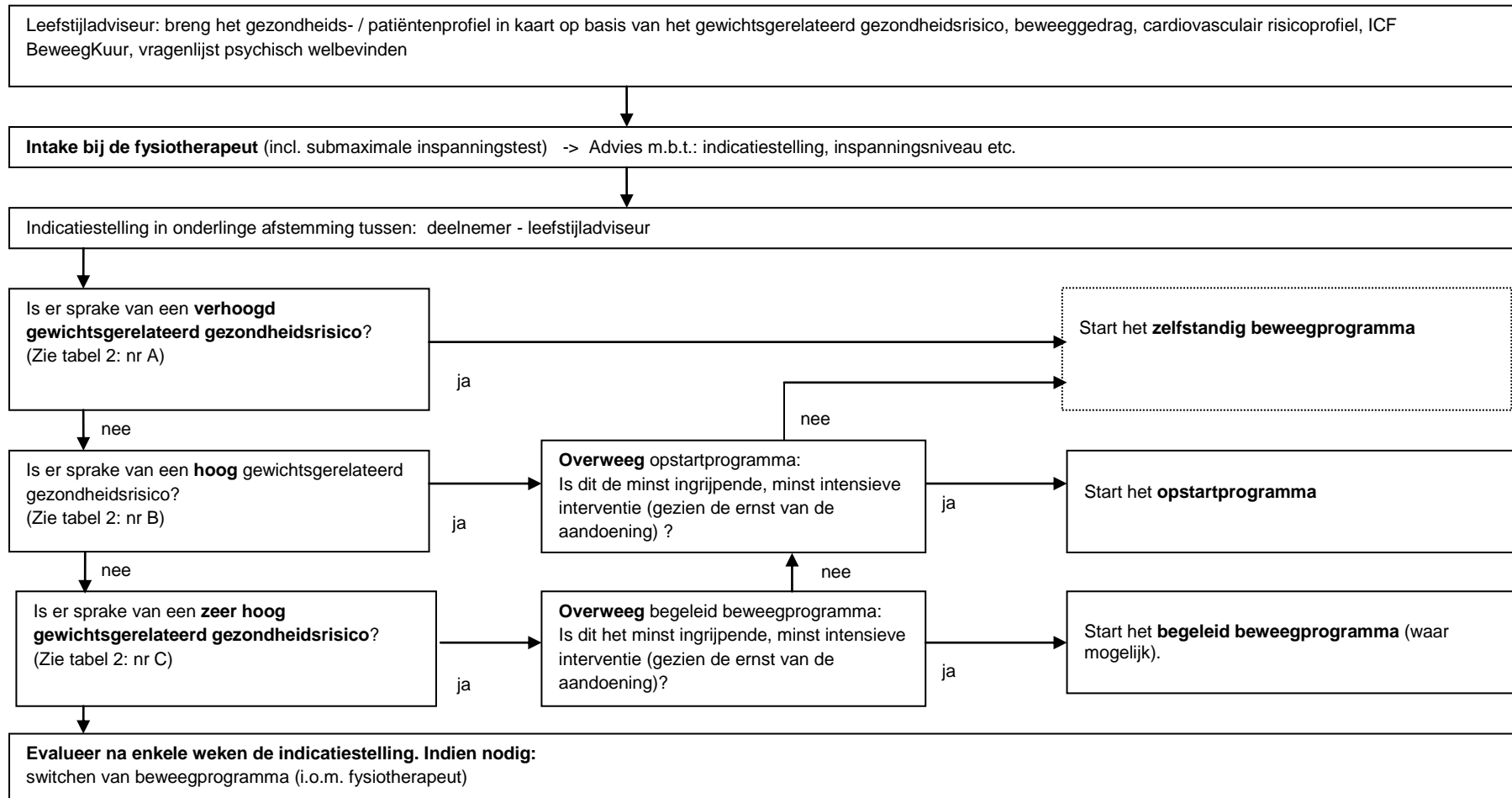
- relevante medische gegevens uit onderzoek/testen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gewrichtsbependingen, balansproblemen etc.;
- aandachtspunten voor de deelnemer (en andere zorgverleners). Denk hierbij aan concrete zaken met betrekking tot bijvoorbeeld bewegingsgerelateerde klachten, zoals: "let op juiste tiltechniek" bij mensen met lage rugklachten.

Houd in dit advies rekening met de volgende aspecten:

- in de BeweegKuur staat gewichtsreductie centraal. Dit betekent dat het advies moet leiden tot een verhoogd calorieverbruik;
- het advies dient aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van de deelnemer;
- de doelgroep van de BeweegKuur is vaak laag belastbaar en kan een relatief trage adaptatie aan training hebben. Dit gecombineerd met comorbiditeiten betekent vaak dat een zeer geleidelijke opbouw van beweegvorm, duur, intensiteit en frequentie van inspannen gewenst is;
- vermijd in het advies vaktermen die voor collega's in het BeweegKuur-team niet te begrijpen zijn.

Noteer de resultaten van de test en het advies in het logboek BeweegKuur en draag zorg voor de overdracht en het informeren van de leefstijladviseur. (Zie deel IV, bijlage 2.2)

**Figuur 3** Indiciestelling Bewegingprogramma door leefstijladviseur, fysiotherapeut en deelnemer



## 2 Beweegprogramma's

### 2.1 Algemeen

In de BeweegKuur kunnen de deelnemers in verschillende programma's starten met bewegen, te weten in het:

- zelfstandig beweegprogramma;
- opstartprogramma;
- begeleid beweegprogramma.<sup>14</sup>

In overleg met de deelnemer bepaalt de leefstijladviseur na de intake en het advies van de fysiotherapeut in welk programma de deelnemer instroomt. Daarbij zijn de persoonlijke aspecten en wensen van de deelnemer van belang.

Voor het zelfstandig beweegprogramma stelt de leefstijladviseur samen met de deelnemer een individueel beweegplan op. Voor het opstartprogramma en het begeleid beweegprogramma stelt de fysiotherapeut dit beweegplan op.

#### Doel

Het doel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door  $\geq 5-15\%$  gewichtsreductie. Verhoging van de fysieke activiteit ondersteunt het behalen en handhaven van deze gewichtsreductie.

Het beweegprogramma is gericht op verantwoord, gezond, plezierig en zelfstandig bewegen en het aannemen van een actieve leefstijl die het beste bij de deelnemer past.

#### Beweegdosis

Om gezondheidswinst te bereiken is een zekere hoeveelheid beweging nodig. Deze *beweegdosis* bedraagt minimaal 1200 kilocalorieën energieverbruik per week. Het optimaal energieverbruik is 2000 kcal/wk. De deelnemer hoeft deze beweegdosis niet onmiddellijk bij het starten met de BeweegKuur te behalen. Een geleidelijke opbouw naar deze dosis is vaak effectiever om zonder problemen naar een blijvend hoger energieverbruik te werken.

#### Beweegplan

De keuze van een beweegprogramma bepaalt in grote lijnen de mate van begeleiding die een deelnemer ontvangt. Het beweegplan is een individueel plan op maat, dat de deelnemer afhankelijk van het beweegprogramma met leefstijladviseur of fysiotherapeut opstelt. Hierin omschrijven zij de doelstellingen, beweegdosis en uit te voeren beweegactiviteiten. Het beweegplan wordt in detail toegelicht in [hoofdstuk 3](#).

In het logboek BeweegKuur kan de deelnemer zowel het beweegplan als de behandeldoelen noteren. De leefstijladviseur heeft in het eerste consult het logboek aan de deelnemer uitgelegd en meegegeven.

#### Blessurepreventie

Blessurepreventie komt aan de orde in de begeleiding door de leefstijladviseur, fysiotherapeut en sport- en bewegingsbegeleider. Zij voorzien de deelnemer van informatie over de opbouw van de belastbaarheid en het belang van goed schoeisel.

---

<sup>14</sup> Op slechts enkele (onderzoeks)locaties is het intensieve 'begeleid beweegprogramma' beschikbaar.

## 2.2 Zelfstandig beweegprogramma

De fysiotherapeut heeft in het zelfstandig beweegprogramma een *adviserende* rol. De begeleiding ligt in dit programma bij de leefstijladviseur.

Na het eerste consult verwijst de leefstijladviseur de deelnemer naar de fysiotherapeut voor een advies over het te volgen beweegprogramma. De leefstijladviseur voorziet de fysiotherapeut door middel van een verwijsbrief van de nodige informatie over het gezondheidsprofiel en de wensen van de deelnemer.

De fysiotherapeut brengt advies uit aan de leefstijladviseur over de duur, frequentie, intensiteit en vorm van bewegen die geschikt is voor deelnemer (zie paragraaf 1.1).

Hier eindigt de taak van de fysiotherapeut in dit programma.

Op basis van het advies maakt de leefstijladviseur met de deelnemer een beweegplan.

Vervolgens krijgt de deelnemer in zes consulten begeleiding/coaching van de leefstijladviseur, onder meer bij het omgaan met belemmerende of beperkende factoren, het volhouden van de beweegactiviteiten, het aangepaste voedingspatroon en/of de integratie van het beweegplan in de dagelijkse routine. Uitgangspunt is dat de deelnemer volgens dit beweegplan zelfstandig gaat bewegen. De activiteiten voor het beweegplan worden in overleg met de deelnemer vooral gezocht in het algemeen dagelijks leven (ADL) en in aansluiting op het lokale beweegaanbod. Daarbij wordt zo veel mogelijk aansluiting gezocht bij groepsactiviteiten.

## 2.3 Opstartprogramma

In dit programma speelt de fysiotherapeut een centrale rol.

De begeleiding in dit programma bestaat uit een combinatie van begeleiding/coaching door de fysiotherapeut (intake, bespreken beweegplan en vier, mogelijk groepsgewijze, follow-up consulten) en coaching door de leefstijladviseur (intake en vijf follow-up consulten).

Voor het gehele programma wordt van de deelnemer een eigen bijdrage van vijftien euro gevraagd.

Zie stroomschema 'de fysiotherapeut en de Bewegingkuur' (deel IV, bijlage 1.1)

Na vaststelling van het beweegprogramma door leefstijladviseur en deelnemer maakt de deelnemer een afspraak bij de fysiotherapeut. Samen met de deelnemer stelt de fysiotherapeut het beweegplan op. Dit plan is gebaseerd op bewegen in het lokale sport- en beweegaanbod met een geleidelijke overgang naar zelfstandig bewegen. De fysiotherapeut begeleidt de deelnemer bij de uitvoering van het beweegplan en bij het starten (of continueren) met bewegen in het lokale sport- en beweegaanbod. Deze begeleiding dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de beweegactiviteit die de deelnemer zelfstandig gaat uitvoeren. Na de opstartfase, met ondersteuning van de fysiotherapeut, vindt verdere begeleiding plaats door de leefstijladviseur.

### Contactfrequentie

In onderstaande tabel is het volgende weergegeven:

- het aantal contacten met de deelnemer
- de week waarin dit contact plaatsvindt
- de actie die ondernomen wordt
- de tijd die daaraan besteed wordt.

De weeknummers waarin de contacten gepland zijn dienen slechts ter indicatie. De fysiotherapeut heeft de vrijheid om contactmomenten in andere weken te plannen indien hij dit in het kader van de behandeling nodig acht. Ter indicatie worden ook de contactmomenten bij de leefstijladviseur in de BeweegKuur weergegeven.

Figuur 4 Tabel contactfrequentie beweegprogramma's

<b>Zelfstandig beweegprogramma</b>				<b>Opstart beweegprogramma</b>			
<b>Leefstijladviseur</b>			<b>Fysio-therapeut</b>	<b>Leefstijladviseur</b>		<b>Fysiotherapeut</b>	
WKnr	Aktie	Tijd (min)	Aktie	Aktie	Tijd (min)	Aktie	Tijd (min)
-4	Intake & doorverwijzing	60		Intake & doorverwijzing	60		
-3			<b>Intake &amp; advies</b>			<b>Intake &amp; advies</b>	<b>45</b>
<b>Indicatiestelling beweegprogramma</b>				<b>Indicatiestelling beweegprogramma</b>			
-2	Beweegplan	15				<b>Beweegplan</b>	<b>---</b>
-1	Uitleg Beweegplan	30				<b>Uitleg Beweegplan</b>	<b>30</b>
0							
1						<b>follow-up</b>	<b>30</b>
2	Begeleiding & follow-up	25					
3						<b>follow-up</b>	<b>30</b>
4	Begeleiding & follow-up	25					
5							
6				Begeleiding & follow-up	25		
7							
8	Begeleiding & follow-up	25				<b>follow-up</b>	<b>30</b>
9							
16	Begeleiding & follow-up	25				<b>follow-up</b>	<b>30</b>
17				Begeleiding & follow-up	25		
28				Begeleiding & follow-up	25		
32	Begeleiding & follow-up	25					
39				Begeleiding & follow-up	25		
52	Begeleiding & follow-up	<b>25</b>		Begeleiding & follow-up	<b>25</b>		

## De taken van de fysiotherapeut binnen het opstartprogramma

- a. stellen van doelen
- b. opstellen van een beweegplan
- c. verwijzen naar lokale sport- en bewegingsbegeleider
- d. follow-up
- e. afronding fysiotherapeutische begeleiding.

### a. Stellen van doelen

De fysiotherapeut start met het stellen van fysiotherapeutische doelen. Indien nodig wordt hiervoor informatie uit intake/advies verder uitgediept. De doelen dienen aan te sluiten bij:

- de wensen en mogelijkheden van de deelnemer
- de doelen van de BeweegKuur
- het primaire doel van het opstartprogramma: op een gezonde en verantwoorde manier zelfstandig gaan sporten en aannemen van een actieve leefstijl.

De fysiotherapeutische doelen zijn gericht op het reduceren van belemmeringen om dit doel te behalen. De criteria voor instroom in het opstartprogramma (startdrempel en/of bewegingsgerelateerde klachten) kunnen gezien worden als belemmeringen voor zelfstandig bewegen.

- de secundaire doelen van de BeweegKuur. Dit is alleen van toepassing indien dit binnen het tijdsbestek van de fysiotherapeutische begeleiding haalbaar wordt geacht.

De fysiotherapeut noteert de fysiotherapeutische behandeldoelen in het logboek BeweegKuur (hoofdstuk 'Gegevens').

### b. Opstellen van een beweegplan

Zie voor een uitgebreide beschrijving [hoofdstuk 3, Het beweegplan](#).

### c. Verwijzen naar lokale sport- en bewegingsbegeleider

Verwijs de deelnemer door indien hij gaat bewegen onder begeleiding van een lokale sport- en bewegingsbegeleider.

De verwijsbrief bevat de volgende gegevens:

- doelstellingen;
- beweegplan;
- relevante medische gegevens.

[Zie IV Bijlage 2.1 Voorbeeldverwijsbrief fysiotherapeut > sport- en bewegingsbegeleider](#).

Let op: voor uitwisseling van gegevens is expliciete toestemming van de deelnemer vereist!

### d. Follow-up

Het doel van de follow-up-consulten is het bestendigen van gedragsverandering en het monitoren van de vooruitgang. Tijdens de follow-up-consulten kan de fysiotherapeut diverse technieken gebruiken uit 'Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing)', [deel IV, bijlage 4.2](#).

De taken gedurende de follow-up-consulten zijn:

- Het beweegplan bijstellen met de bedoeling dat het wekelijkse energieverbruik in de loop van de tijd stap voor stap wordt opgehoogd naar de gewenste beweegdosis:
  - duurtraining verzwaren door: trainingstijd/-intensiteit te verlengen;

- krachttraining opbouwen indien de deelnemer gedurende 1 tot 2 weken een bepaalde intensiteit zonder problemen aan kan.
- Doelstellingen van het beweegplan bewaken (met behulp van het logboek)
- Side-coaching op gebied van gedragsverandering
- Ervaringen, vragen en opmerkingen van de deelnemer inventariseren (met behulp van het logboek, hoofdstuk 'Beweeglogboek')
- Advies m.b.t. blessurepreventie geven (bijv: warming up / cooling down, schoeisel etc.).

#### **e. Afronding fysiotherapeutische begeleiding**

De taken van de fysiotherapeut bij het beëindigen van zijn begeleiding zijn:

- De deelnemer overdragen aan de leefstijladviseur.  
De overdrachtbrief bevat de volgende gegevens:
  - meest recente beweegplan (incl. beweegdosis);
  - relevante medische gegevens uit fysiotherapeutisch onderzoek / testen;
  - informatie over de voortgang en motivatie van de deelnemer.

*Zie IV bijlage 2.2 Voorbeeld overdrachtbrief fysiotherapeut > leefstijladviseur.*
- Indien van toepassing: de deelnemer overdragen aan de lokale sport- en bewegingsbegeleider.  
*Zie hierboven: c. Verwijzen naar lokale sport- en bewegingsbegeleider.*

Noteer aandachtspunten voor de deelnemer (en andere zorgverleners) in het logboek BeweegKuur (hoofdstuk beweegplannen'). Denk hierbij aan concrete zaken met betrekking tot bijvoorbeeld bewegingsgerelateerde klachten.

## 2.4 Begeleid beweegprogramma

Indien in uw regio het begeleid beweegprogramma nog niet aangeboden wordt, kunt u dit onderdeel als extra informatie beschouwen.

Het begeleid beweegprogramma biedt de deelnemer meer beweegdeskundige begeleiding dan het opstartprogramma. Dit programma wordt slechts op kleine schaal uitgevoerd binnen de regio's die werken met de BewegingKuur. In 2010 is op enkele locaties een onderzoek gestart naar de kosteneffectiviteit van het begeleid beweegprogramma.

(Zie voor het stroomschema begeleid beweegprogramma deel IV, bijlage 1.2.)

(Zie voor een beschrijving van de bij de indicatiestelling gebruikte en aanvullende testen deel IV bijlage 3.1-3.4.)

(Zie voor een instructie Begeleid Trainingsprogramma deel IV bijlage 4.1).

### Deskundigheid fysiotherapeut

Het begeleid beweegprogramma berust grotendeels op één van de beweegstandaarden voor chronisch zieken: de KNGF-beweegstandaard diabetes type 2.

Fysiotherapeuten die het begeleid beweegprogramma van de BewegingKuur willen uitvoeren dienen aanvullend geschoold te zijn en kennis te hebben genomen van de KNGF standaard 'Beweeginterventie Diabetes Mellitus type 2'. We spreken binnen de BewegingKuur over fysiotherapeuten met aanvullende scholing. Voor deze zorgverlener is een specifiek competentieprofiel ontwikkeld. Dit is te downloaden van [www.bewegingkuur.nl](http://www.bewegingkuur.nl).

De aanvullende scholing is vooralsnog specifiek toegesneden op fysiotherapeuten. Daarom kan de oefentherapeut dit programma vooralsnog niet uitvoeren.

### Duur en contactfrequentie van begeleid beweegprogramma

Het begeleid beweegprogramma duurt 12 weken, in sommige gevallen 16 weken. Na deze periode gaat de deelnemer verder met bewegen binnen het lokale sportaanbod.

In de tabel op de volgende pagina zijn de contactfrequentie met de deelnemer weergegeven, de te ondernemen actie en de bestede tijd. Anders dan in het opstartprogramma ligt de planning van de contactmomenten in dit programma vast.

Ter indicatie zijn de contactmomenten bij de leefstijladviseur aangegeven. Vanaf week 6 neemt de contactfrequentie begeleid bewegen af van 3 naar 2 keer per week. De deelnemer dient dan reeds een start te maken met het zelfstandig bewegen.

Indien bij de zelfstandig uit te voeren activiteiten krachttraining en meting van de intensiteit van de duurtraining mogelijk is (bijv. met behulp van hartfrequentiemeting, wattagemeting) kan het bestaande begeleid trainingsprogramma gecontinueerd worden. Is dat niet mogelijk, gaat de deelnemer binnen het programma zelfstandig activiteiten ondernemen. De deelnemer registreert zijn activiteiten in het logboek BewegingKuur.



Figuur 5 Tabel contactfrequentie begeleid beweegprogramma

WK nr	Begeleid beweegprogramma					
	Leefstijladviseur		Fysiotherapeut			
	Aktie	Tijd (min)	Aktie		Tijd (min)	
			12 wk	16 wk		
-4	Intake & doorverwijzing	60				
-3			Intake, test & advies		45	
<b>Indicatiestelling Beweegprogramma</b>						
-2			Beweegplan		-	
-1			Uitleg Beweegplan		30	
0						
1			Individuele begeleiding (2xpw)		2 x 30	
2			Groepstraining (3xpw)		3 x 60	
3			Groepstraining (3xpw)		3 x 60	
4			Groepstraining (3xpw)		3 x 60	
5			Groepstraining (3xpw)		3 x 60	
6			Groepstraining (2xpw)		2 x 60	
7			Groepstraining (2xpw)		2 x 60	
8			Groepstraining (2xpw)		2 x 60	
9			Groepstraining (2xpw)		2 x 60	
10			Groepstraining (2xpw)		2 x 60	
11			Groepstraining (2xpw)		2 x 60	
12			Beweegplan+ start lokaal	Groepstraining (2xpw)	30	2 x 60
13			--	Groepstraining (2xpw)	--	2 x 60
14	Begeleiding & follow-up	25	--	Groepstraining (2xpw)	--	2 x 60
15			follow-up	Groepstraining (2xpw)	30	2 x 60
16			--	Beweegplan + start lokaal	--	30
17						
18			follow-up	follow-up	30	30
19						
20			--	follow-up	--	30
21						
22	Begeleiding & follow-up	25				
23			--	follow-up	--	30
26						
30	Begeleiding & follow-up	25				
40	Begeleiding & follow-up	25				
52	Begeleiding & follow-up	25				

## De taken van de fysiotherapeut binnen het begeleid beweegprogramma:

- a. intake aanvullen & stellen van doelen;
- b. opstellen van een beweegplan;
- c. opstellen van een begeleid trainingsprogramma;
- d. individuele begeleiding;
- e. groepstraining;
- f. verlengen fysiotherapiebegeleiding (van 12 naar 16 weken);
- g. begeleiding naar start lokaal aanbod;
- h. follow-up;
- i. afronding fysiotherapeutische begeleiding.

### a. Intake aanvullen & stellen van doelen

- In tegenstelling tot de andere programma's is in het begeleid beweegprogramma krachttraining opgenomen. Om risico's uit te sluiten wordt een inventarisatie van mogelijke contra-indicaties voor krachttraining gedaan. Contra-indicaties zijn:
  - abnormale schommelingen in de bloeddruk;
  - zuurstofgebrek van de hartspier tijdens aërobe inspanning;
  - slechte linkerhartkamerfunctie (ejectiefractie < 30%);
  - pijn op de borst in rust;
  - acuut hartfalen;
  - maligne hypertensie;
  - niet gecontroleerde ritmestoornissen;
  - aortavernauwing en -verwijding.
- Vaststellen van doelen. Deze doelen dienen aan te sluiten bij:
  - de wensen en mogelijkheden van de deelnemer;
  - de doelen van de BeweegKuur;
  - het primaire doel van het opstartprogramma: op een gezonde en verantwoorde manier zelfstandig gaan sporten en aannemen van een actieve leefstijl.  
De fysiotherapeutische doelen zijn gericht op het verminderen van belemmeringen om dit doel te behalen.
  - de secundaire doelen van de BeweegKuur. Dit is alleen van toepassing indien dit binnen het tijdsbestek van de fysiotherapeutische begeleiding haalbaar wordt geacht.

De fysiotherapeutische behandeldoelen dienen genoteerd te worden in het logboek (hoofdstuk 'Gegevens').

### b. Opstellen van een beweegplan

Zie voor een uitgebreide beschrijving ([zie hoofdstuk 3, Het beweegplan](#)).

### c. Opstellen van een begeleid trainingsprogramma

Bij het begeleid beweegprogramma wordt altijd een trainingsprogramma opgesteld. De testen voor het begeleid trainingsprogramma doet de fysiotherapeut tijdens de intake.

In de KNGF-standaard is sprake van een inleidend gesprek waarin het stadium van gedrag en contra-indicaties voor bewegen geïnventariseerd worden. In de BeweegKuur doet de leefstijladviseur deze inventarisatie voorafgaand aan doorverwijzing naar de fysiotherapeut.

#### **d. Individuele begeleiding**

Voor aanvang van de groepstraining plant de fysiotherapeut met de deelnemer twee individuele contactmomenten. Deze momenten moeten een probleemloze start in de groepstrainingen waarborgen. De deelnemer kan zo bijvoorbeeld vast wennen aan de oefeningen en de intensiteit van het trainingsprogramma kan indien nodig afgestemd worden op de deelnemer.

#### **e. Groepstraining**

Zie voor een uitgebreide beschrijving de Instructie Begeleid Trainingsprogramma, [deel IV bijlage 4.1](#).

#### **f. Verlengen fysiotherapiebegeleiding (van 12 naar 16 weken)**

Na 12 weken vindt er uitstroom plaats naar het lokale sportaanbod tenzij:

- het primaire doel van het beweegprogramma (verantwoord en gezond zelfstandig bewegen) niet behaald is;
- de deelnemer niet weet hoe hij het primaire doel op korte termijn op eigen kracht kan gaan behalen.

Indien deelnemer niet voldoet aan de criteria voor zelfstandig bewegen, maar verwacht wordt dat de deelnemer de bovenstaande twee punten wel kan bereiken door middel van vier weken extra begeleiding, wordt het bewegen bij de fysiotherapeut verlengd tot 16 weken. De eigen bijdrage van de deelnemer is bij 16 weken € 60,-. (Bij twaalf weken € 45,-).

#### **Criteria voor uitstroom naar leefstijladviseur**

Om zelfstandig te kunnen gaan bewegen (het primaire doel) analyseert de fysiotherapeut of:

- de deelnemer over voldoende grondmotorische eigenschappen (uithoudingsvermogen/kracht/balans/mobiliteit/reactievermogen) beschikt om de gekozen beweegactiviteiten uit te kunnen voeren;
- de deelnemer voldoende kennis heeft van trainingsopbouw/blessurepreventie/lokale sport- en bewegingsaanbod en inzicht heeft in eigen mogelijkheden om de gekozen beweegactiviteiten uit te kunnen voeren;
- de medicatie voor bijvoorbeeld hypertensie, diabetes voldoende ingesteld is. Indien er aanwijzingen zijn dat er problemen zijn met de instelling van de medicatie, wordt, in overleg met de leefstijladviseur, de te ondernemen actie bepaald;
- de deelnemer naar behoren om kan gaan met comorbiditeit en/of bewegingsgerelateerde klachten.

De fysiotherapeut beslist of een deelnemer voldoet aan bovenstaande criteria. Daarnaast kan hij de volgende middelen toepassen:

- herhalen van de testen (inspanningstest en submaximale krachttesten);
- vergelijken van de testgegevens met de oude gegevens / normwaarden en bovenstaande criteria hanteren.

Indien een deelnemer na 12 weken niet zelfstandig kan gaan bewegen, maar ook niet in aanmerking komt voor een verlenging van de fysiotherapeutische begeleiding, wordt hij terugverwezen naar de leefstijladviseur. Deze bekijkt dan in overleg met de deelnemer hoe zijn

leefstijl geoptimaliseerd kan worden.

Ga dan in deze handleiding verder bij: **i. Afronding fysiotherapeutische begeleiding.**

### **g. Start lokaal aanbod**

Het is niet noodzakelijk de overgang naar het lokale sportaanbod pas na afloop van de fysiotherapeutische begeleiding te laten plaatsvinden. Zodra het mogelijk is start de deelnemer, parallel aan de consulten bij de fysiotherapeut met zelfstandig bewegen.

De taken van de fysiotherapeut in deze fase zijn:

- samen met de deelnemer opnieuw vaststellen welke beweegactiviteiten de deelnemer zelfstandig gaat doen. Gebruik hierbij de sociale kaart en de gegevens die eerder in de intake verzameld zijn;
- het beweegplan (**zie deel III, hoofdstuk 4**) aanpassen aan de beweegactiviteiten die gestart gaan worden in het lokale aanbod;
- het trainingsprogramma aanpassen indien het mogelijk is om dit voort te zetten. Voorwaarde hierbij is dat er gekozen wordt voor een beweegvorm met:
  - krachttraining;
  - meting van de intensiteit van de duurtraining (bijv. met behulp van hartfrequentiemeting, wattagemeting etc.).

Een goed voorbeeld van deze beweegvorm is het bewegen in een fitnesscentrum of (op eigen kosten) bewegen bij de fysiotherapeut;

- verwijzing van de deelnemer, indien van toepassing, naar een sport- en beweegbegeleider. **Zie deel IV, bijlage 2.1 en deel III par. 2.3.**

### **h. Follow-up**

Tijdens de follow-up kunnen diverse technieken uit 'Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing)' toegepast worden. (**zie deel IV bijlage 4.2.**)

De taken van de fysiotherapeut gedurende deze follow-upconsulten zijn:

- het beweegplan bijstellen met de bedoeling dat het wekelijkse energieverbruik in de loop van de tijd stap voor stap wordt opgehoogd naar de gewenste beweegdosis.  
*Zie Tabel 2 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel. (zie deel IV bijlage 4.1, Begeleid trainingsprogramma);*
- duurtraining verzwaren door in eerste instantie de trainingstijd en later de trainingsintensiteit te verlengen.

*Indien een begeleid trainingsprogramma opgesteld is:*

- duur van de 'in'-fase bij intervaltraining stapsgewijs vergroten. Tegelijkertijd dient de belasting te worden verlaagd en de 'out'-fase te worden verlengd in de verhouding 1('in') : 2('out');
- krachttraining opbouwen indien de deelnemer gedurende 1 tot 2 weken een bepaalde intensiteit zonder problemen aan kan.

Voor dit trainingsprogramma geldt: indien het primaire doel van de BeweegKuur behaald is en daarna als secundair doel alleen het verbeteren van het cardiovasculair risicoprofiel overblijft, kan volstaan worden met een lagere intensiteit dan in *Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten* (**zie deel III, 3, Het beweegplan**) aangegeven wordt.

Als richtlijn kunnen de volgende trainingsparameters genomen worden:  
 frequentie → dagelijks, volume → >30min, intensiteit → 40-55% VO<sub>2</sub>max.

Het is hierbij van belang dat de deelnemer de beweegdosis blijft behalen. De fysiotherapeut coacht de deelnemer hierbij. De fysiotherapeut

- bewaakt doelstellingen van het beweegplan (met behulp van het logboek);
- verzorgt side-coaching op gebied van gedragsverandering;
- inventariseert ervaringen, vragen en opmerkingen van de deelnemer (met behulp van het logboek, met name het hoofdstuk 'beweeglogboek');
- geeft advies over blessurepreventie (denk aan: warming up / cooling down, schoeisel etc.).

### i. Afronding fysiotherapeutische begeleiding

Na 12 of 16 weken stopt de fysiotherapeutische begeleiding. De deelnemer is daar in de voorgaande weken goed op voorbereid en kan het bewegen zelfstandig continueren. De doorstroom in groepsbegeleiding is op deze manier gewaarborgd. Bij het beëindigen van de begeleiding heeft de fysiotherapeut de volgende taken.

- De fysiotherapeut draagt de deelnemer over aan de leefstijladviseur (zie deel IV Bijlage 2.2 Voorbeeld overdrachtbrief BeweegKuur fysiotherapeut → leefstijladviseur voorbeeld overdrachtbrief BeweegKuur fysiotherapeut > leefstijladviseur).

Met de volgende gegevens:

- meest recente beweegplan (incl. beweegdosis);
- relevante medische gegevens uit fysiotherapeutisch onderzoek / testen;
- informatie over de voortgang en motivatie van de deelnemer.
- noteert aandachtspunten voor de deelnemer (en andere zorgverleners) in het logboek BeweegKuur (zie Logboek, Beweegplannen). Denk hierbij aan concrete bewegingsgerelateerde aandachtspunten zoals: 'let op juiste tiltechniek' bij mensen met lage rugklachten.

### Case Begeleid Beweegprogramma

Een deelnemer met een hoog gewichtgerelateerd gezondheidsrisico (1.70m, 88 kg, 'normaal behandelde' diabetes, gonartrose, 60jr) en nauwelijks beweegervaring is verwezen voor het 'begeleid beweegprogramma'. Hij wil vooral wandelen en soms fietsen. Dit lukt echter nauwelijks. De knieklachten zijn na 5 minuten wandelen al zo hevig dat hij stopt met lopen. Het programma wordt in onderstaand voorbeeld-format ingevuld.

Om het begeleid trainingsprogramma samen te stellen worden bovenstaande stappen doorlopen:

- De meetinstrumenten worden toegepast.
  - Er wordt besloten om de steep ramp test uit te voeren om het uithoudingsvermogen te kunnen monitoren gedurende de training. Uit de test blijkt een  $W_{\text{SteepRamp}}$  van 238W. Nu kan  $W_{\text{max}}$  berekend worden (zie 'Testen'):  $W_{\text{max}} = 0,65 \times 238 - 3,9 \approx 151W$
  - Er worden submaximale 1RM testen afgenomen op de legpress, legextension, legcurl en latpulley. Alleen het resultaat van de legpress-test wordt hier uitgewerkt: 7 herhalingen met 40kg. De 1RM wordt berekend met de formule uit deel IV bijlage 3.3:

$$\frac{40}{1.0278 - (0.0278 \times 7)} = 48kg$$

- De deelnemer wordt ingedeeld in groep C op basis van de aanwezigheid van relevante comorbiditeit (diabetes en artrose).
- Bij de gegevens die de leefstijladviseur heeft verstrekt zit o.a. het resultaat van het cardiovasculair risicoprofiel ( $\geq 10$  risico op sterfte door HVZ). Er wordt kortom gewerkt met programma C2.
- In overleg met de deelnemer en met het oog op het zelfstandig sporten (wandelen en fietsen) wordt gekozen uit de volgende oefeningen:
  - *Cardio*: fietsen, crosstrainer, roeien met beperkte ROM voor de knieën en in een later stadium de loopband (deze is wellicht minder geschikt voor intervaltraining)
  - *Kracht*: gericht op versterken van de musculatuur rond de knie  $\rightarrow$  legpress, legextension, legcurl en daarnaast trainen van overige grote spiergroepen zoals rug en borstmusculatuur (lat pulley, chestpress).
  - *Specifieke oefeningen*: gericht op verminderen van de beperkingen in de knie zoals oefeningen gericht op mobilisatie, stabiliteit en looppatroon.
- De basiselementen van het trainingsprogramma worden bepaald:
  - *Frequentie*: de minimale trainingsfrequentie wordt toegepast: 3x p/w, waarvan 1x duurtraining en 3x kracht- en intervaltraining.
  - *Intensiteit*: Omdat er behoorlijk wat fysiek beperkingen zijn (kniebeperkingen, overgewicht), de deelnemer geen ervaring met bewegen heeft en er al een maximale trainingfrequentie wordt toegepast, wordt de aanvangsintensiteit laag gehouden: 50% van de  $W_{max}$  (151W)  $\rightarrow$  75W (duur), 50% van 48kg (de 1RM-legpress)  $\rightarrow$  24kg (kracht), 70% van 151W  $\rightarrow$  105W (interval). Bij het fietsen op 75W heeft de deelnemer een hartfrequentie van 110sl/min.
  - *Volume*: Om hierboven genoemde redenen wordt er ook met een laag volume gestart: 15min duurtraining, 2x10hh (kracht) en 4x(30 sec interval / 60 sec rust)(interval). De basiscomponenten worden stapje voor stapje opgebouwd. Het is raadzaam om dit te doen op basis van overleg met de deelnemer, de voortgang van de training en binnen de kaders zoals die beschreven worden in *Tabel 2 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel*. (Deel IV, bijlage 4.1).
- Het begeleid trainingsprogramma wordt in het beweegplan opgenomen.

### Voorbeeld Begeleid Trainingsprogramma

<b>Naam deelnemer:</b>	Voorbeeld
<b>Datum:</b>	.....

Hoe vaak per wk	Omschrijving activiteit	Duur / Herhalingen	Tijd / Gewicht
1	Fiets	4x(30' in / 60' out)	105 W
1	Crosstrainer	7.5 min	118 sl/min
3	Roeimachine	7.5 min	118 sl/min
3	Legpress	2*10	24 kg
3	Legextension	2*10	Analoog aan legpress berekenen
3	Legcurl	2*10	Analoog aan legpress berekenen
3	Lat pulley	2*10	Analoog aan legpress berekenen
3	Chestpress	2*10	Analoog aan legpress berekenen
3	Oefentol	2*20 sec	-
<b>Opmerkingen/ afspraken:</b>			
<b>Let op:</b> gebruik een lichte versnelling bij het fietsen!!			

### 3 Het beweegplan

Het beweegplan is het op maat gemaakte beweegprogramma voor de deelnemer. Het plan is een synthese tussen de wensen van de deelnemer en de eisen waaraan de beweegactiviteiten moeten voldoen om de gestelde doelen te behalen. Het beweegplan is bij alle activiteiten te gebruiken. Indien gestart wordt met het 'zelfstandig beweegprogramma' wordt het beweegplan door de leefstijladviseur samengesteld, rekening houdend met het advies van de fysiotherapeut. In de andere programma's wordt dit door de fysiotherapeut gedaan. Bij het samenstellen worden de volgende stappen doorlopen en genoteerd in het logboek BeweegKuur (Logboek hoofdstuk 'Beweegplannen').

Voor het opstellen van het beweegplan is een excelbestand te downloaden

<http://www.beweegkuur.nl/professional/zorgverleners.html>

- Noteer de uit te voeren beweegactiviteiten zoals besproken in de intake in het beweegplan. Streef hierbij naar een minimale trainingsfrequentie van 3x p/wk.
- Bereken hoeveel energie de deelnemer per minuut verbruikt bij de gekozen beweegactiviteit. (zie toelichting hieronder)
- Bereken hoeveel minuten de deelnemer per keer moet gaan bewegen om het gewenste energieverbruik te realiseren. Hoe lager de belastbaarheid van de deelnemer, hoe lager het aantal kilocalorieën waarmee gestart wordt. Het energieverbruik wordt geleidelijk opgebouwd tot aan de beweegdosis (1200-2000 kcal/week).
- Noteer het aantal minuten per training in het beweegplan.
- Licht het plan toe in het daarvoor geplande contactmoment.

#### Berekenen van het energieverbruik

Voor het berekenen van het energieverbruik bestaan een aantal hulpmiddelen.

- een digitale calorielcalculator (zie <http://www.calorielijst.nl/calculators/calorieverbruik>)
- een te downloaden calorielcalculator (via [www.diabetes2.nl](http://www.diabetes2.nl))
- MET-lijsten (zie 'Handmatig berekenen van het energieverbruik tijdens inspanning' hieronder)

De digitale calorielcalculators zijn een handig hulpmiddel. Indien het niet mogelijk is om deze digitale calculators te downloaden kan het energieverbruik ook handmatig berekend worden.

**Let op:** bovenstaande methoden geven slechts een schatting van het energieverbruik. Momenteel zijn echter geen hanteerbare methoden met een hogere nauwkeurigheid beschikbaar.

#### Handmatig berekenen van het energieverbruik tijdens inspanning

In 'Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten' staat de intensiteit van een aantal activiteiten beschreven. Deze intensiteit is uitgedrukt in MET (metabole equivalenten). 1 MET is de hoeveelheid energie die wordt verbruikt in rust (~ 3,5 ml O<sub>2</sub> / kg / min). Het aantal MET per activiteit is een vaststaand gegeven. Laag intensieve inspanning komt overeen met een



energieverbruik van 1-3 MET (dat betekent: 1-3x meer energieverbruik dan in rust). Matig intensieve inspanning varieert tussen 3-6 MET en hoog intensieve inspanning is inspanning boven de 6 MET. De MET voor de gekozen activiteit en het lichaamsgewicht van de deelnemer wordt in onderstaande vergelijking ingevuld om het energieverbruik (in kilocalorieën per minuut) te berekenen.

$$Energieverbruik = \frac{MET \times 3.5 \times Lichaamsgewicht(kg)}{200}$$

De MET die een deelnemer maximaal kan behalen kan geschat worden met behulp van onderstaande vergelijking. Hierin wordt, indien bekend of berekend naar aanleiding van de uitkomsten van inspanningstesten, de  $VO_{2max}$  (uitgedrukt in: ml O<sub>2</sub> / kg / min) ingevuld. Een schatting van de maximale MET kan een hulpmiddel zijn om te bepalen op welke MET een deelnemer kan gaan bewegen.

$$MET(max) = \frac{VO_{2max} (ml / kg / min)}{3.5}$$

### Voorbeeld

Een te zware deelnemer (95 kg) met lichte knieklachten, maar zonder beweegervaring wil gaan wandelen en soms fietsen. De knieklachten spelen op indien hij een zware versnelling gebuikt bij het fietsen. Hij wandelt ca. 5 km/u en fietst ca. 12 km/u.

Om het Beweegplan samen te stellen worden bovenstaande stappen doorlopen:

1. Wandelen / fietsen noteren in Beweegplan 1 (zie onder). In overleg met de deelnemer wordt beslist dat hij meteen begint met een trainingsfrequentie van 3x p/wk.
2. Uit *Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten* blijkt dat wandelen met ca. 5 km/h gelijk staat aan 4 MET en fietsen aan 5 MET (indien gewenst kan hier natuurlijk ook de calorielcalculator gebruikt worden). Bovenstaande vergelijking wordt toegepast:

$$Energieverbruik(loper) = \frac{4 \times 3.5 \times 95}{200} = 6.65 kcal / \text{min}$$

$$Energieverbruik(fietsen) = \frac{5 \times 3.5 \times 95}{200} = 8.31 kcal / \text{min}$$

3. Omdat de deelnemer te zwaar is en geen beweegervaring heeft wordt voorzichtig gestart. Bij aanvang wordt gestreefd naar een laag totaal energieverbruik: 700 kcal/week. Samen met de deelnemer wordt beslist dat hij per week 2x gaat lopen en 1x gaat fietsen.

*Indien hij 60 minuten loopt per week (2x30min) verbruikt hij:*

$$60 \times 6.65 = 400 \text{ kcal}$$

*Hij moet dan nog 300kcal verbruiken om aan de vereiste 700kcal te komen.*

*Hiervoor moet hij dus nog  $\frac{300}{8.31} = 36$  minuten fietsen per week.*

4. Het aantal minuten per training in het Bewegingplan noteren.  
 5. Als aandachtspunt wordt het fietsen met een lichte versnelling genoteerd.  
 6. In het follow-up contact in week 3 blijkt dat de deelnemer geen klachten heeft en de activiteiten goed volhoudt. Samen met de deelnemer wordt besloten om het energieverbruik op te voeren naar 800kcal/wk. De deelnemer wil dit doen door langer te gaan lopen maar niet langer te gaan fietsen. Dit betekent dat hij 500kcal/wk met lopen moet verbruiken. Dit betekent 75 min. (37.5 min. per training) lopen per week.  
 Dit wordt genoteerd in een nieuw bewegingplan (voorbeeld bewegingplan 2).

#### Voorbeeld bewegingplan 1

Naam Deelnemer:	.....
Vanaf datum:	.....

OMSCHRIJVING ACTIVITEIT	HOE VAAK PER WEEK	HOE LANG PER KEER	TOTAAL ENERGIEVERBRUIK (KCAL)
wandelen	2	30 min	400 kcal
fietsen	1	36 min	300 kcal
			<b>Totaal 700 kcal</b>
Opmerkingen Let op: gebruik een lichte versnelling bij het fietsen!			

#### Voorbeeld bewegingplan 2

Naam Deelnemer:	.....
Vanaf datum:	.....

OMSCHRIJVING ACTIVITEIT	HOE VAAK PER WEEK	HOE LANG PER KEER	TOTAAL ENERGIEVERBRUIK (KCAL)
wandelen	2	37,5 min	500 kcal
fietsen	1	36 min	300 kcal
			<b>Totaal 800 kcal</b>
Opmerkingen Let op: gebruik een lichte versnelling bij het fietsen!			

**Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten**

Vermogen (Watt)	Metabole equivalenten (MET)	Dagelijkse activiteiten	Professionele activiteiten	Ontspannings-activiteiten	Ontspannings- en sportieve activiteiten
0	1	Rustig zitten, eten		Slapen	
1,5	1,5	Zichzelf wassen, scheren, aankleden, afwassen, schrijven		Tv kijken, kaarten, naai- en knipwerk	Rechttop staan gedurende 15 minuten
20	2	Een wagen besturen, koken, borstelen, dweilen, afstoffen	Licht bureauwerk (bijv. typen), zittend knutselwerk	Muziekinstrument bespelen, tekenen, vissen, biljart	Lichte fietsoefeningen met weinig of geen weerstand, wandelen met 2,5 km/u
40	3	Bedden opmaken, stofzuigen, strijken, meubilair boenen, tuinieren, boodschappen doen	Herstelwerk verrichten (bijv. radio, tv of auto), toonbankbediening, licht laswerk, werken als portier of als kleermaker, licht magazijnwerk, bedienen van een bouwkraan	Bowling, golfen (vervoer), schilderen, auto wassen, boogschieten	Fietsen 8 km/u, wandelen 3-4 km/u, lichte gymnastiek
60	4	Douchen, ruiten wassen, vloer schrobben, trappen afdalen, grasmaaien (elektr.), wieden, gras bijeen harken, heggen en randen knippen, seksuele activiteiten	Bandwerk <20 kg, schroeven indraaien, werken als elektricien, metselen, schilderwerk, vrachtwagen besturen, werken in een garage	Dansen (traag), paardrijden in stap	Fietsen 10 km/u, wandelen 5 km/u, volleybal, tafeltennis, golfen, zwemmen (schoolslag), badminton
80-90	5	Boodschappen doen met zware tas, spitten in de tuin, grasmaaien met duwer	Behangen, werken met een kruiwagen, aanleggen van voetpaden, gemengde arbeid: graven, stenen leggen, dieren voederen in de landbouw	Dansen, vissen in stromend water, jagen, golfen (zelf tas dragen)	Fietsen 12 km/u, wandelen 5,5 km/u, paardrijden in draf, tennis dubbel, badminton enkel, roeien (met gematigd tempo)
110	6	Trappen oplopen, in de grond graven	Graven, handploeg, pneumatisch boren, transport voorwerpen 20-29 kg, gemengde bouwwerfactiviteit, mijnwerk, schrijnwerk (montage)	Paardrijden in galop, low impact aerobics	Wandelen(6,5 km/u), tennis enkel, kanovaren, alpineskiën, schaatsen, basketbal, voetbal (niet competitief)

Vermogen (Watt)	Metabole equivalenten (MET)	Dagelijkse activiteiten	Professionele activiteiten	Ontspannings-activiteiten	Ontspannings- en sportieve activiteiten
140	7	(Poeder-)Sneeuw ruimen, hout klieven, wandelen op een lichte helling zonder gewicht (of tot 5 kg)	Hout zagen, rails leggen, transport van voorwerpen 30-38 kg	Dansen snel (swing)	Fietsen 15 km/u, wandelen, 7,5 km/u wandelen op lichte helling, schermen, skitouring 4-9 km/u
160-170	8	Natte sneeuw ruimen, bomen hakken (traag), vloer schrobben, wandelen op een helling met gewicht van 10 kg	Handmatig schrijnwerk verrichten (zagen), zwaar graafwerk met pikhouweel, verhuiskwerk met een gewicht van 40 kg, stal uitmesten	High impact aerobics	Fietsen 19 km/u, jogging 18 km/u, langlaufen zonder helling, zwemmen (crawl) 35 m/min, paardrijden racen, hockey
190-200	9	Wandelen op een helling met een gewicht van 10-20 kg in eigen tempo	Werken in hoge temperaturen, hoogovens, werken in de tuinbouw, manueel hooi laden op een wagen	Crosscountry lopen	Touwspringen 70-80/ min, zeer snel zwemmen crawl
220	10	Gewichten > 30 kg dragen, wandelen op een helling met 6 km/u met een gewicht van 8 kg	Werken in hoogovens en staalnijverheid, verwijderen van slakken		Fietsen 23 km/u, squash, handbal, roeien, touwspringen 125/ min, hoogspringen, racquetball, zeer snel zwemmen (rugslag)
240	11			Judo	Touwspringen 145/min
260-270	12	Gewichten <50 kg dragen		Rugby	Fietsen 25 km/u, lopen 12 km/u, zwemmen 3 km/u (1 km in 20 min)
290	13				Lopen 15 km/u
300-340	14-15				Lopen 17 km/u
350 en meer	16 en meer	Wandelen met 6 km/u op een helling (16%) met een gewicht van 10 kg	Boom hakken met bijl (snel)		Competitief sporten, fietsen (racen), lopen >18 km/u, halters >13 kg

*In aangepast vorm overgenomen met toestemming van Bohn Stafleu Van Loghum. Bron: Vanhees L. Cardiale Revalidatie. In: Jaarboek Fysiotherapie/Kinesitherapie 1999. Dekker, J. den, Aufdenkampe G., Ham I. van, Smits-Engelsman B.C.M., Vaes P. (red.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999: 66-9*

## 4. Ondersteuning van zelfmanagement

Het doel van de BeweegKuur is dat deelnemers aan het eind van het programma zelfstandig blijven bewegen en hun gezondere voedingspatroon behouden. Deze gedragsverandering vergt 'zelfmanagement'.

Binnen de BeweegKuur wordt de volgende definitie van zelfmanagement gehanteerd:

*“Zelfmanagement is het individuele vermogen van de deelnemer om goed om te gaan met symptomen, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en de leefstijl hierop aan te passen.”*

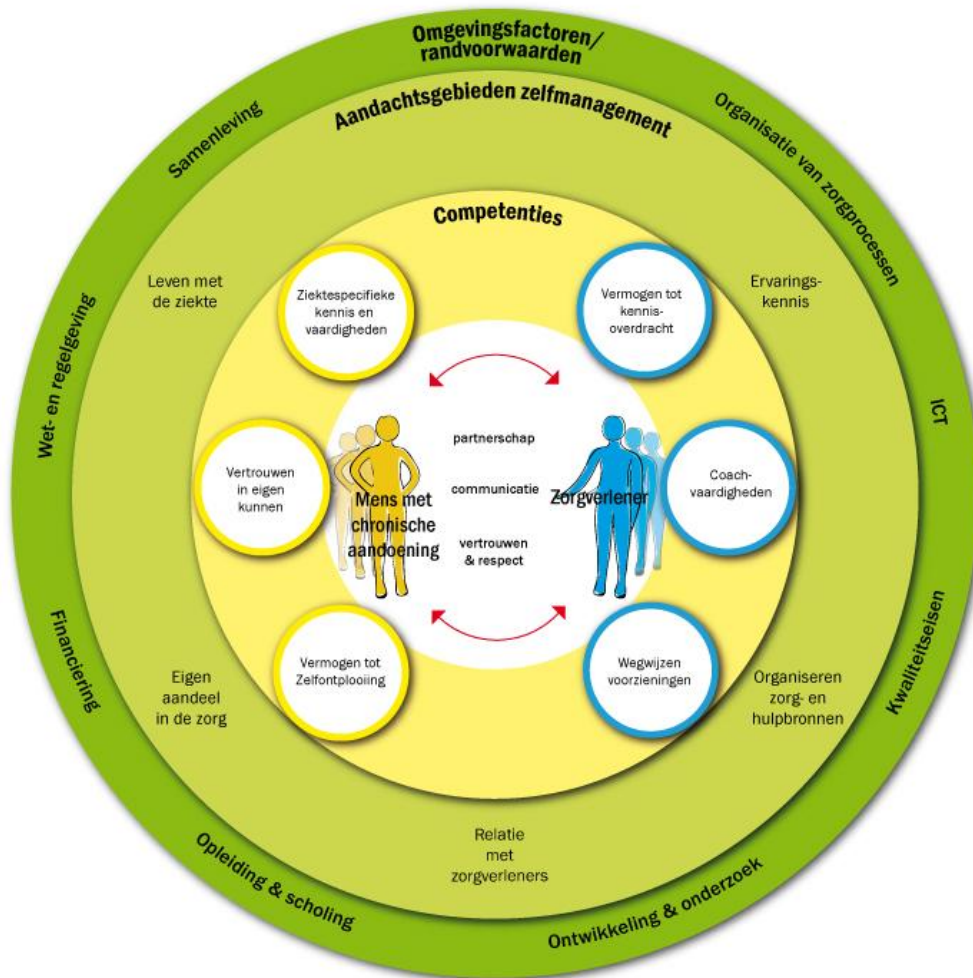
De mate van zelfmanagement is voor elke deelnemer verschillend. De betrokken zorgverleners zullen hun begeleiding moeten aanpassen aan het niveau van de individuele deelnemer. De kerngedachte bij ondersteuning van zelfmanagement is om het proces van de BeweegKuur mét de deelnemer vorm te geven op een manier die het beste bij de deelnemer past. De zorgverlener geeft de juiste informatie en ondersteuning, de deelnemer heeft de regie in handen. Het gebruik van de ICF BeweegKuur is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

### Generiek model zelfmanagement

Het generieke model zelfmanagement (figuur 3), ontwikkeld door het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (NPCF-CBO), geeft aan wat de essenties van zelfmanagement zijn en aan welke onderdelen aandacht kan worden besteed bij het werken aan zelfmanagement in de praktijk. Dit model is in de eerste plaats gericht op chronisch zieken. Deelnemers in de BeweegKuur hebben een verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en geen chronische ziekte. Omdat het accent ligt op gedragsverandering en algemene gezondheidsbevordering, is in de BeweegKuur voor dit model gekozen.

In het model staat de *interactie* tussen chronisch zieke en zorgverlener centraal. Hieromheen staan de *competentiegebieden* die van belang zijn bij zelfmanagement. De tweede ring bevat *aandachtsgebieden*: aspecten die leefstijladviseur/zorgverlener en deelnemer in zekere mate kunnen sturen onderwerpen die aandacht verdienen willen mensen met een chronische aandoening (verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico) de regie kunnen nemen. De buitenste ring bevat de *omgevingsfactoren* en *randvoorwaarden* die min of meer vaststaan maar wel van invloed zijn op het zelfmanagement.

De zorgverlener krijgt hiermee een goed beeld hoe zij de deelnemer kan ondersteunen.



Figuur 6 Generiek model ondersteuning zelfmanagement

# *IV Bijlagen*

## IV Bijlagen

In dit gedeelte zijn de volgende bijlagen, behorende bij de handleiding, opgenomen:

### 1. Stroomschema's

- 1.1 Stroomschema de fysiotherapeut in de BeweegKuur
- 1.2 Stroomschema de fysiotherapeut en het begeleid beweegprogramma.

### 2. Voorbeeldbrieven

- 2.1 Voorbeeld verwijsbrief fysiotherapeut → sport- en bewegingsbegeleider
- 2.2 Voorbeeld overdrachtsbrief fysiotherapeut → leefstijladviseur

### 3 Testen

- 3.1 Inspanningstest algemeen
- 3.2 Testprotocol Åstrand fietstest
- 3.3 Testprotocol 6-minuten wandeltest (6MWT)
- 3.4 Testprotocol Steep Ramp Test

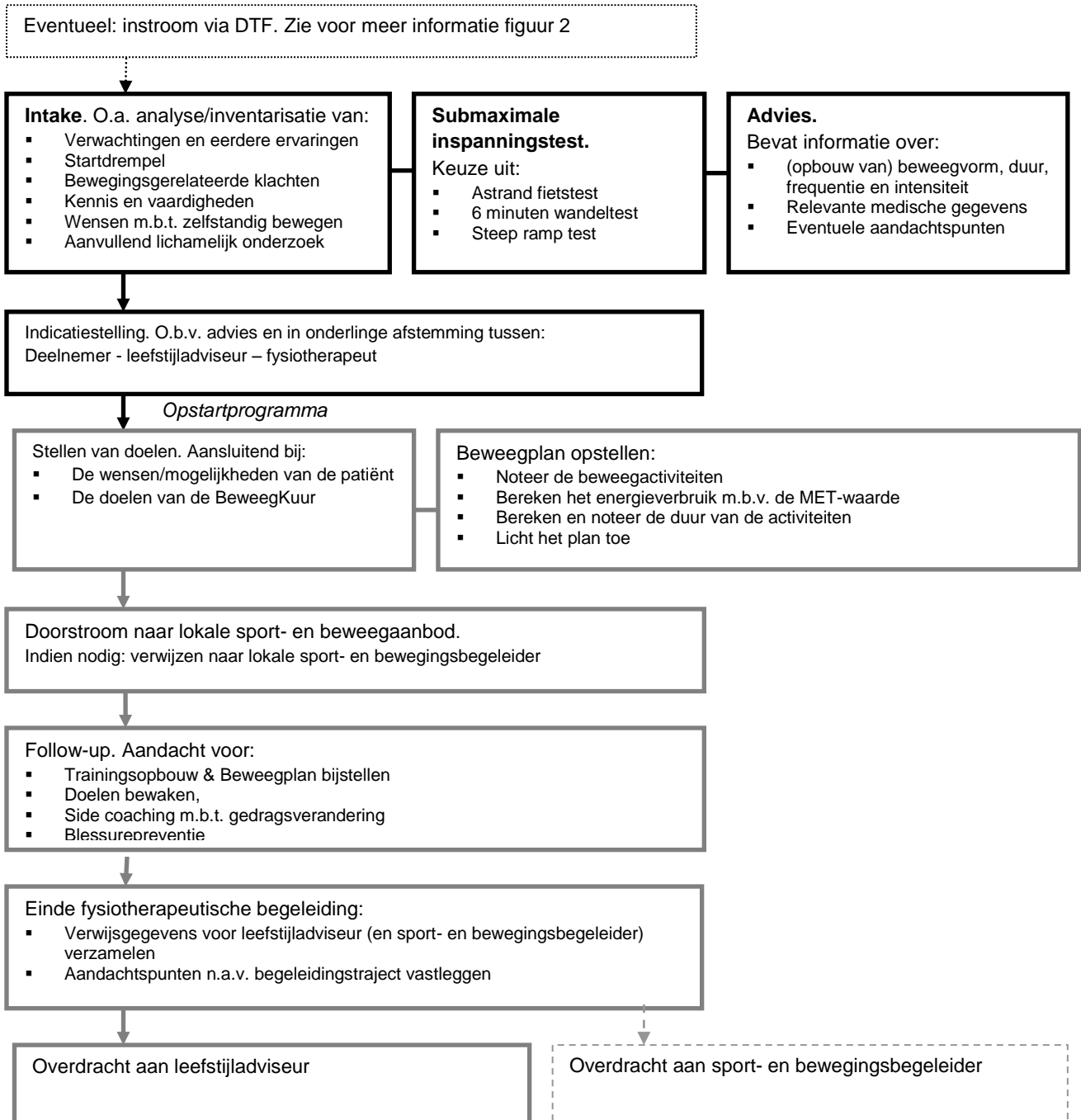
### 4. Instructies/achtergrondinformatie

- 4.1 Begeleid Trainingsprogramma
- 4.2 Begeleiding en Coaching (Motivational Interviewing)

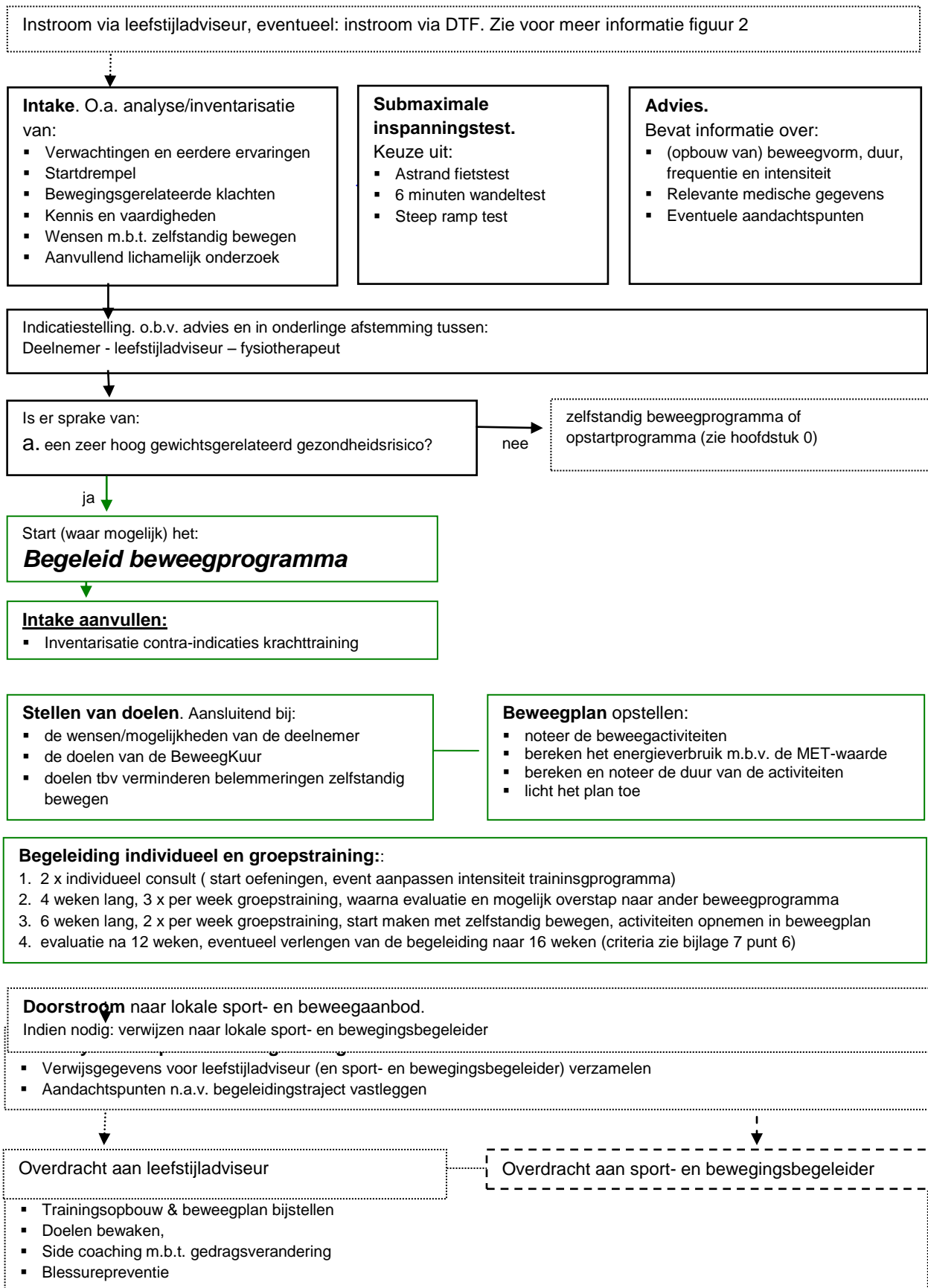


## Bijlage 1.1 Stroomschema de fysiotherapeut en de BeweegKuur

Het betreft hier het stroomschema voor het zelfstandig (zwart) en het opstart programma (donker- en lichtgrijs).



## Bijlage 1.2 Stroomschema de fysiotherapeut en het begeleid beweegprogramma



## Bijlage 2.1 Voorbeeld verwijsbrief BeweegKuur FT → sportbegeleider

(fysiotherapeut → sport- en bewegingsbegeleider)

naam fysiotherapeut:		naam deelnemer:	
adres:		geboortedat./geslacht:	M / V
postcode en plaats:		adres:	
telefoon:		postcode en plaats:	
E-mail:		telefoon:	
Datum:		verzekering:	

### RELEVANTE MEDISCHE GEGEVENS

- M.b.t. bewegingsapparaat:
- Overig:

### DOELSTELLINGEN

- Fysiotherapeutische doelen:
- BeweegKuur doelen:

### FYSIEKE MOGELIJKHEDEN / BEPERKINGEN

- Mogelijkheden:
- Beperkingen:

### MOTIVATIE DEELNEMER

### OVERIG

Besproken & Toestemming van deelnemer voor uitwisseling gegevens:

met collegiale groet,

**Bijlage 2.2 Voorbeeld overdrachtbrief BewegKuur fysiotherapeut → leefstijladviseur**

naam fysiotherapeut:		naam deelnemer:	
adres:		geboortedat./geslacht:	M / V
postcode en plaats:		adres:	
telefoon:		postcode en plaats:	
E-mail:		telefoon:	
naam huisarts:		verzekering:	
		datum:	

Hulpvraag:	<b>HULPVRAAG</b>
Stoornis: Beperking: Handicap: Testgegevens:	<b>FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK</b>
Beweegprogramma: <input type="checkbox"/> Zelfstandig programma <input type="checkbox"/> Opstartprogramma <input type="checkbox"/> Begeleid Beweegprogr. (eventueel verlenging o.b.v.):	<b>FYSIOTHERAPEUTISCHE DOELEN</b>
Bijzonderheden behandelverloop:	<b>ADVIES BEWEEGPROGRAMMA</b>
Aandachtspunten m.b.t. motivatie:	<b>BEHANDELVERLOOP</b>
Beweegactiviteiten die zelfstandig verricht gaan/kunnen worden (type activiteit, duur, frequentie):	<b>MOTIVATIE DEELNEMER</b>
Besproken met deelnemer:  met collegiale groet,	<b>ZELFSTANDIG BEWEGEN</b>
	<b>VRAAGSTELLING (indien van toepassing)</b>

## **Bijlage 3.1 Inspanningstesten algemeen**

### **Algemene voorwaarden**

- De deelnemer mag alleen aan de test meedoen als er een screening heeft plaatsgevonden.
- Bij gebleken problemen meldt de testleider aan de deelnemer dat afstemming met de behandelende arts vereist is.
- De deelnemer moet informatie over bijzonderheden, complicaties en medicatie bij de afname van de test meebrengen en kenbaar maken aan de testleider.
- De deelnemer moet van tevoren duidelijke informatie krijgen over de test. Denk hierbij aan het doel, globale uitvoering van de test, eventuele risico's, te verwachten effecten die na de test op kunnen treden.
- De inspanningstest wordt uitgevoerd om een indicatie te krijgen van het functionele duurhoudingsvermogen en/of de trainingsprogressie. Het is verstandig dat de deelnemer tijdens het uitvoeren van de test sportkleding en sportschoenen draagt, of in ieder geval kleding en schoeisel waarin de deelnemer comfortabel kan bewegen en niet gehinderd wordt.
- Indien de deelnemer zich op de dag van de test of in de dagen voorafgaand aan de test niet goed voelt of gevoeld heeft, kan de deelnemer niet aan de test deelnemen.
- Indien er in de afgelopen periode complicaties zijn opgetreden of indien de deelnemer klachten heeft, moeten deze worden gemeld aan de testleider. Ook is het goed als de deelnemer angstige gevoelens meldt of het laat weten als er sprake is van angst om zich in te spannen.
- De testruimte moet goed geventileerd zijn.
- De gebruikte testapparatuur moet goed geïkt en onderhouden zijn.
- Er moet een goed calamiteitenplan zijn.
- De testleider moet voldoende capabel zijn in het afnemen van de tests, het begeleiden van bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken, Eerste Hulp bij Ongevallen (EHBO) en reanimatie (inclusief herhalingslessen).
- De testleider moet voldoende verzekerd zijn (voor aansprakelijkheid) voor het afnemen van inspanningstests bij chronisch zieken.

### **Algemene instructie voor de testleider**

- De testleider beslist of iemand voor testdeelname in aanmerking komt.
- Informeer altijd naar de gebruikelijke contra-indicaties voor het uitvoeren van inspanningstests (koorts, acute klachten, blessures aan het bewegingsapparaat enzovoort).
- Vraag de deelnemer, voorafgaand aan de test, hoe de deelnemer zich voelt en of er in de afgelopen weken bijzondere omstandigheden of complicaties zijn opgetreden.
- Informeer naar evenwichtsproblemen en of de deelnemer in het afgelopen jaar meer dan eens gevallen is.
- Maak aan de deelnemer duidelijk dat deze tijdens de test verschijnselen van overbelasting en/of klachten altijd moet melden.

- Geef aan dat de deelnemer op elk gewenst moment met de test kan stoppen, maar dat het, indien mogelijk, verstandig is om niet abrupt de inspanning te stoppen. Geef aan dat het vaak beter is om op een laag niveau de belasting voort te zetten.
- Leg uit dat ook tekenen van duizeligheid of misselijkheid en buiten adem raken dienen te worden gemeld.
- Wees tijdens het uitvoeren van de test continue alert op verschijnselen van overbelasting.
- Na afloop van de test moeten de deelnemers enkele minuten op een lage intensiteit inspannen, indien mogelijk.
- Houd de deelnemer ook na het stoppen van de inspanning goed in de gaten, zelfs als deze zich terugtrekt of naar het toilet gaat.
- De testen worden af genomen in combinatie met meting van hartfrequentie en subjectief ervaren vermoeidheid (BORG-schaal, zie KNGF-standaard beweeginterventie bij diabetes type 2). Deze worden gebruikt om te beoordelen of de test ook de gewenste verschijnselen veroorzaakt heeft (submaximale inspanning bij Astrand/6MWT, voornamelijk perifere vermoeidheid bij steep ramp test) en dus leidt tot bruikbare resultaten.

### Bijlage 3.2 Testprotocol Åstrand fietstest

Dit protocol wordt/is gebruikt door de Universiteit van Maastricht in effectiviteitsonderzoek naar de BeweegKuur.

#### Vorbereiding

NB. De patiënt mag 2 uur voor aanvang van de fietstest niet eten of roken en hij/zij mag een dag voor aanvang van de test geen alcohol drinken of intensief sporten.

Zet de fiets klaar en houdt de hartslagmeter, de borgscore en het patiëntformulier bij de hand.

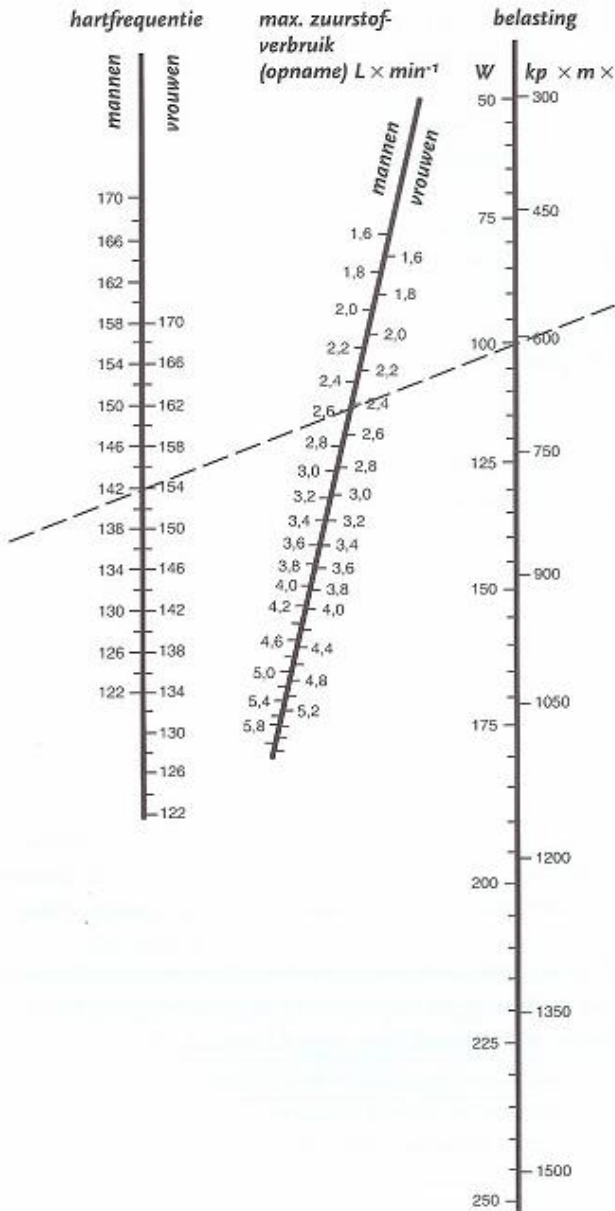
Beslis of het voor de patiënt verantwoord is om de fietstest uit te voeren.

#### De meting

- a. De zadelhoogte moet zo ingesteld worden dat de hoek van de knie ongeveer 170 graden is wanneer de voorvoet op het pedaal in de onderste stand staat. Noteer de zadelhoogte.
- b. Als de patiënt nog nooit eerder gefietst heeft, mag deze maximaal 2 minuten oefenen op een rustig tempo en noteer dit.
- c. Het gehele protocol zal minimaal 6 minuten duren, bespreek het protocol kort met de patiënt. Noteer de hartslag voor de test en begin de fietstest.
- d. Stel de belasting in op 50 Watt en zorg dat de patiënt met 50 omwentelingen per minuut fietst. Geef zelf aan wanneer de patiënt het traptempo moet aanpassen of geef aan waar de patiënt dit zelf kan zien en controleren.
- e. Vraag de patiënt naar de borgscore en meet de hartslag in de laatste 15 seconden van de 1e minuut (op  $t = 0\text{min } 45\text{sec}$ ).
  - Hartslag lager dan 120: verhoog de belasting met 25 Watt voor vrouwen en 50 Watt voor mannen, zodat de hartslag wel tussen de 120 en 150 slagen/minuut ligt. Is de hartslag daarna na 2 à 3 minuten nog niet boven de 120 slagen/minuut, verhoog dan de belasting weer met dezelfde hoeveelheid.
  - Hartslag tussen 120 en 150: ga verder met stap f.
  - Hartslag hoger dan 150: stop de test en beslis of deze dezelfde dag of tijdens een volgende afspraak vervolgd moet worden.
- f. Noteer de belasting in Watt waarop de patiënt de test aflegt op het patiëntformulier.
- g. De belasting en het aantal omwentelingen per minuut (50) blijft gedurende de volgende 6 minuten gelijk. Motiveer de patiënt om door te fietsen op dezelfde snelheid en controleer dit ook.
- h. Meet de hartslag in de laatste 15 seconden van de 5e en van de 6e minuut (op  $t = 4\text{min } 45\text{sec}$  en  $t = 5\text{min } 45\text{sec}$ ). Wanneer het verschil tussen deze 2 waarden meer dan 5 slagen per minuut is, laat u de patiënt doorfietsen op dezelfde snelheid en meet de hartslag weer in de 7e minuut. Dit gaat door tot het verschil tussen de hartslagen van de laatste 2 gefietste minuten minder dan 5 slagen per minuut is. Vraag ook iedere keer de borgscore wanneer de hartslag gemeten wordt.
- i. Noteer de gemeten hartslagen en de borgscores van de laatste 2 gefietste minuten (dat kunnen dus minuut 5 en 6 zijn, maar ook bijvoorbeeld minuut 6 en 7). Registreer ook de hartslagen en borgscores van de verschillende momenten
- j. Halveer de belasting en laat de patiënt gedurende 5 minuten uitfietsen en afkoelen.

Met behulp van het figuur kan het maximale zuurstofverbruik (aerobe capaciteit) bepaald worden. Bereken eerst de gemiddelde hartslag van de laatste 2 minuten van de test. Trek

vervolgens een lijn vanaf deze hartslag naar de belasting waarop de test is uitgevoerd (in watt). Het snijpunt van deze lijn en de lijn van het maximale zuurstofverbruik geeft aan wat de waarde voor de patiënt is. Let op de verschillende waarden voor mannen en vrouwen. Deze waarde kan eventueel nog gecorrigeerd worden voor leeftijd. Vermenigvuldigd dan het maximale zuurstofverbruik met de correctiefactor die achter de leeftijd gegeven staat.



<sup>1</sup> Takken T. dr., Inspanningstests, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2004



Leeftijd	Correctiefactor	Maximale hartfrequentie	Correctiefactor
15	1,10	210	1,12
25	1	200	1
35	0,87	190	0,93
40	0,83	180	0,83
45	0,78	170	0,75
50	0,75	160	0,69
55	0,71	150	0,64
60	0,68		
65	0,65		

Bron: Åstrand & Rodahl (1986)

#### *Interpretatie van de meetresultaten voor het advies*

Gebruik de BORG-score / hartfrequentie om te beoordelen of het gefietste wattage (stap f.) overeen komt met de gewenste belasting voor het beweegplan. Indien nodig kan de belasting voor het beweegplan hoger of lager ingeschat worden dan de belasting tijdens de test. Met behulp van *Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten* kan vervolgens een MET-waarde toegekend worden voor het beweegplan.

### Bijlage 3.3 Testprotocol 6-minuten wandeltest (6MWT)

*Dit protocol is (in licht aangepaste vorm) overgenomen uit de KNGF-standaard beweginginterventie bij diabetes type 2 (2009) en is toepasbaar voor de doelgroep van de BeweegKuur.*

De 6MWT is een test waarbij de deelnemers een zo groot mogelijke afstand wandelend aflegt zonder zijn eigen gezondheid in gevaar te brengen.

Eigenschap	Functionele inspanningsvermogen, aerobisch uithoudingsvermogen.
Doelgroep	Chronisch zieken van wie de belastbaarheid voldoende groot is (bewegingsapparaat en cardiaal) om een (submaximale) inspanningstest te kunnen ondergaan met onderlinge afstemming van de behandelend arts of medisch specialist.
Materiaal	Stopwatch, 2 pylonen, meetlint, bloeddruk- en hartfrequentiemeter, scoreformulieren, borgschaal, potlood, onderleggers, calamiteitenplan, telefoon.
Accommodatie	Oefenzaal of gang van bij voorkeur 30 meter lengte en 1,25 meter breedte; de ruimte moet beschikken over een geschikte vloer (licht verend, geen hoogpolig tapijt, niet te glad in verband met gevaar voor uitglijden). De accommodatie moet goed en snel bereikbaar zijn voor een ambulance. Er moet telefoon aanwezig zijn.
Parcours	Zet voor een parcours met een lengte van 30 meter, 2 pylonen 29 meter uit elkaar. Als de deelnemer met een boog (buiten) om de pylonen heenloopt, legt deze zo telkens afstanden van 30 meter af. Turf het aantal trajecten van 30 meter dat de deelnemer binnen 6 minuten aflegt. Het aantal afgelegde trajecten maal 30 is de in 6 minuten afgelegde loopafstand.
Parameters	De loopafstand uitgedrukt in meters die maximaal kan worden gelopen in 6 minuten, bloeddruk, hartfrequentie. Borgscore.

De deelnemer moet van tevoren duidelijke informatie krijgen over de test. Hierin wordt aangegeven dat er een wandeltest wordt uitgevoerd die 6 minuten duurt en dat er voorafgaand aan de test (indien mogelijk) een oefentest wordt gedaan die eveneens 6 minuten duurt, gevolgd door een periode van rust.

De 6MWT is een veilige test. De te verwachte klachten achteraf beperken zich tot stijfheid van de musculus tibialis anterior, die spontaan verdwijnt na twee dagen. Verder zijn geen noemenswaardige klachten te verwachten.

De temperatuur in de testruimte dient 16 tot 24 °C te bedragen, met een luchtvochtigheid van 40 tot 70 procent. De testleider moet voldoende geschoold zijn in het afnemen van de tests, het begeleiden van bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken, Eerste Hulp bij Ongevallen (EHBO) en reanimatie (inclusief herhalingslessen).

Vraag de deelnemer na afloop van de test om met een cijfer op de Borgschaal de subjectief ervaren inspanning aan te geven.

#### Aandachtspunten

- Als deelnemers ervaring hebben met de Borgschaal, kan men aangegeven dat de belasting tijdens de 6MWT maximaal op een Borgscore 16 tot 17 mag liggen (op een schaal van 6 tot 20).

#### *Interpretatie van de meetresultaten voor het advies*

- Bereken de gemiddelde wandelsnelheid. Relateer deze snelheid aan een MET-waarde met behulp van *Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten*.

### Bijlage 3.4 Testprotocol Steep Ramp Test

*Dit protocol is (in aangepaste vorm) overgenomen uit de KNGF-standaard beweginginterventie bij diabetes type 2 (2009) en is toepasbaar voor de doelgroep van de BeweegKuur.*

Met behulp van deze test kan het uithoudingsvermogen van de deelnemer geschat worden. Het is een korte test die bij de meeste deelnemers slechts 2 tot 3 minuten duurt. De cardiovasculaire belasting is relatief laag. Er is geen algemene consensus over exclusiecriteria voor de test. De test wordt pas afgenomen na overleg met een specialist (sportarts/cardioloog) indien gebleken is, dat:

- De maximale hartslag <120 sl/min is.
- Er sprake is van een vertraagd hartfrequentieherstel (<12 sl/min, 1 min na maximale inspanning) in combinatie met chronotrope incompetentie ( $Hf_{max} < 85\% Hf_{max(verwacht)}$  waarbij  $Hf_{max(verwacht)} = 207 - 0.7 \times \text{leeftijd}$ ).

De Steep Ramp test stelt de fysiotherapeut in staat om gaandeweg het begeleidingstraject herhaald te testen en zo het uithoudingsvermogen te monitoren en indien nodig de training aan te passen. Een fysiotherapeut kan beslissen geen Steep Ramp test uit te voeren (bijvoorbeeld op basis van adviezen / resultaten van de huisarts, medisch specialisten etc).

De test wordt uitgevoerd op een geijkte ergometer aan de hand van de volgende stappen:

1. Voorbereiden: laat de deelnemer plaatsnemen op de fiets.
2. Geef instructie: na de warming-up gaat de deelnemer fietsen met een snelheid tussen de 70-80 omwentelingen per minuut. Dit geeft een meter op de fiets aan.
3. Start met de warming-up: 3 minuten onbelast fietsen
4. Na 3 minuten: verhoog het wattage van 0 naar 25 Watt
5. Na 10 seconden: verhoog het wattage met 25 naar 50 Watt
6. Na 20 seconden: verhoog het wattage met 25 naar 75 Watt
7. Na 30 seconden: verhoog het wattage met 25 naar 100 Watt
8. Na 40 seconden: verhoog het wattage met 25 naar 125 Watt
9. en zo door....
10. Stop als het aantal omwentelingen van de deelnemer lager is dan 60 per minuut
11. Noteer het maximaal behaalde wattage tijdens de test ( $W_{SteepRamp}$ ) en bereken het wattage dat op basis van de steep ramp test gebruikt gaat worden bij het bepalen van de trainingsintensiteit ( $W_{max}$ ):

$$W_{max} = 0,65 \times W_{SteepRamp} - 3,9$$

*Interpretatie van de meetresultaten voor het advies*

Relateer  $W_{\max}$  aan een maximale MET-waarde met behulp van *Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten*. Maak o.b.v. deze MET-waarde een schatting over de MET-waarde die correspondeert met een submaximaal inspanningsniveau.

**Krachttesten*****Submaximale 1 RM test***

Door middel van een submaximale krachttest kan het 1 herhalingsmaximum (1 RM) geschat worden. De 1RM is het maximale gewicht dat een persoon kan verplaatsen op een specifieke oefening. De resultaten uit bijvoorbeeld een test op een legpress kunnen niet vertaald worden naar andere oefeningen. Dit betekent dat voor elke krachtoefening een afzonderlijke submaximale 1RM test afgenomen dient te worden.

1. Instrueer de test.
2. Laat de deelnemer een specifieke warming up uitvoeren en geef hem daarna voldoende rust.
3. Start de test, tel het aantal correct uitgevoerde herhalingen. De resultaten worden minder betrouwbaar indien er meer dan 7 herhalingen uitgevoerd kunnen worden.
4. Noteer aan het eind van de test het gebruikte gewicht en het aantal herhalingen.
5. Vul bovenstaande gegevens in onderstaande formule in om de 1RM te berekenen:

$$1 \text{ RM} = \frac{\text{gewicht}(kg)}{1.0278 - (0.0278 \times \text{aantalherhalingen})}$$

## Bijlage 4.1 Begeleid trainingsprogramma

### 1 Meetinstrumenten

Om een efficiënt begeleid trainingsprogramma op te stellen en de trainingseffecten te kwantificeren dient de fysiotherapeut een beeld te krijgen van de te trainen parameters (zowel m.b.t. uithoudingsvermogen als kracht). Zie bijlage 6 voor meer informatie. Merk op dat in de KNGF-standaard Beweeginterventie DM2 de steep ramp test specifiek wordt aanbevolen voor het meten van trainingsprogressie.

### 2 Het begeleid trainingsprogramma

Het opstellen van het trainingsprogramma gebeurt aan de hand van de *Tabel 1 Metabole equivalenten van enkele activiteiten*.

Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel, en bevat duur-, interval- en krachttraining. De uit te voeren oefeningen / beweegvormen zijn afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de deelnemer en van de inrichting van de fysiotherapiepraktijk. Daarnaast verdient het de aanbeveling om de oefeningen zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de beweegvorm die de deelnemer uiteindelijk zelfstandig, in het lokale aanbod uit wil gaan voeren.

In deze handleiding wordt slechts de inhoud van het trainingsprogramma beschreven, de vormgeving van het programma wordt niet voorgeschreven. Het trainingsprogramma kan in het beweegplan in het logboek van de deelnemer toegevoegd worden. In het beweeglogboek kan de deelnemer ook de activiteiten van het trainingsprogramma bijhouden.

De taken van de fysiotherapeut worden beschreven aan de hand van de kolommen van de *Tabel 2 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel*. (deel IV bijlage 4.1)

- **De patiëntenprofielen (Kolom 1)**

Deel de deelnemer in een subgroep in volgens de criteria genoemd in kolom 1.

Trainingsprogramma's A en B in de tabel zijn meer gericht op duurtraining met ondersteunende spierversterking ter behoud van spiermassa, trainingsprogramma C is meer gericht op interval/krachttraining en voorwaardenscheppend t.b.v. een (zelfstandig uitvoerbaar) duurtrainingsprogramma.

- **Het cardiovasculair risicoprofiel (Kolom 2)**

Gebruik hierbij de gegevens die de leefstijladviseur verstrekt heeft.

- **Componenten van het trainingsprogramma (Kolom 3)**

Kies op basis van de wensen van de deelnemer de oefeningen die uitgevoerd gaan worden. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de beweegactiviteiten die de deelnemer na de fysiotherapeutische begeleiding zelfstandig uit wil gaan voeren. De typen oefeningen die geselecteerd dienen te worden zijn: cardio-oefeningen (voor zowel duur- als intervaltraining). Intervaltraining kan het opbouwen van de belastbaarheid van de deelnemer wat versnellen. Deze trainingsvorm bestaat uit een 'in'- (inspanning) en een 'out'-fase (herstel) krachtoefeningen overige oefenvormen (denk hierbij aan specifieke oefeningen voor balans / mobiliteit / reactievermogen). Deze vormen worden niet verder uitgewerkt in deze handleiding.

- **Basiselementen van het trainingsprogramma (Kolom 4&5)**

De beschreven basiselementen zijn slechts indicaties waarnaar gestreefd kan worden. De belastbaarheid van de deelnemer bepaalt de grootte van de basiselementen (frequentie, intensiteit en volume) waarmee gestart wordt en wat uiteindelijk haalbaar is. Kolom 4 kan als uitgangspunt genomen worden voor een laag belastbare patiënt (bijv. in het begeleid beweegprogramma of in het begin van de BeweegKuur) en kolom 5 voor een meer belastbare patiënt (in het opstartprogramma of verder gevorderd in de BeweegKuur).

- **Frequentie:** met het beweegplan A2 als voorbeeld: er wordt 3x/wk duur-, 1x/wk kracht- en 1x/wk intervaltraining toegepast. Tijdens 1 trainingmoment kunnen meerdere trainingvormen aan bod komen. Er wordt geadviseerd een minimum van 3 trainingssessie per week met hooguit 2 opeenvolgende inactieve dagen uit te voeren.
- **Intensiteit:** de intensiteit voor de cardiovasculaire trainingvormen (duur- en intervaltraining) wordt uitgedrukt in percentage van het maximale vermogen ( $W_{max}$ ) dat bijvoorbeeld berekend is uit de gegevens van de Steep Ramp test. Op andere cardio-apparaten dan een fiets is geen  $W_{max}$  bekend. De beschreven intensiteit kan dan toch toegepast worden aan de hand van het volgende voorbeeld: je wil een deelnemer duurinspanning op de loopband laten doen op 60% van  $W_{max}$ . Laat hem dan eerst op 60% van  $W_{max}$  fietsen en registreer de hartfrequentie. Deze hartfrequentie kan als alternatieve maat voor de intensiteit dienen bij andere oefeningen dan de fiets. Let op: indien er bij andere oefeningen meer spiermassa ingeschakeld wordt dan op de fiets wordt de hartfrequentie met een geschatte 8-10 sl/min verhoogd. Indien  $W_{max}$  niet bekend is kan de Borg-schaal gebruikt worden om de intensiteit te schatten (dit is echter minder nauwkeurig). De intensiteit voor de krachttraining is uitgedrukt in een percentage van het 1RM-gewicht.
- **Volume:** het volume van de duurtraining kan verspreid worden over meerdere trainingstoestellen, deze dienen dan wel zonder tussenpauze afgewerkt te worden. Dit geldt niet voor de krachttraining. Voor iedere afzonderlijke oefening dient het aangegeven volume behaald te worden. Hoe lager de belastbaarheid van de deelnemer, hoe lager het aanvangsvolume. Opbouw van de trainingsbelasting vindt plaats indien een deelnemer een belasting 1 tot 2 weken zonder problemen vol kan houden. In eerste instantie wordt het volume uitgebreid en daarna de intensiteit. Wanneer bij krachttraining de intensiteit stijgt, dient het volume (aantal herhalingen) gereduceerd te worden.

- Geef in het beweegplan aan dat er een trainingsprogramma uitgevoerd wordt:
  - Omschrijf het bijvoorbeeld als 'trainen bij de fysiotherapeut' en noteer de trainingsfrequentie.
  - Bereken het energieverbruik tijdens het trainingsprogramma en noteer dit in het beweegplan

### 7.3. Groepstraining

Een groep bestaat uit 5-10 personen. Alle, in de BeweegKuur geïnccludeerde deelnemers, kunnen samen een groep vormen. De taken van de fysiotherapeut in de BeweegKuur, aanvullend op de normale taken gedurende groepstraining, zijn:

- Het trainingsprogramma bijstellen met de bedoeling dat het wekelijkse energieverbruik in de loop van de tijd stap voor stap wordt opgehoogd naar de beweegdosis:
  - volume en intensiteit van de duurtraining verhogen
  - krachttraining opbouwen indien de deelnemer gedurende 1 tot 2 weken een bepaalde intensiteit zonder problemen aan kan
  - de duur van de 'in'-fase bij interval training stapsgewijs vergroten. Tegelijkertijd dient de belasting te worden verlaagd en de 'out'-fase te worden verlengd in de verhouding 1('in') : 2('out')
- De deelnemer inzicht geven in o.a.:
  - eigen mogelijkheden tot bewegen (omgang met niet diabetesgerelateerde nevenpathologie en / of bewegingsgerelateerde klachten)
  - training(sopbouw)
  - blessurepreventie
  - lokale sport- en bewegingsaanbod (begeleid / adviseer de deelnemer indien nodig bij het contact leggen met het gewenste aanbod)
- Side-coaching op gebied van gedragsverandering. Gebruik hierbij technieken uit Bijlage 4.2 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing).



Tabel 2 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel

Doel trainingsprogramma / Typering subgroep	Componenten	Basiselementen lage belastbaarheid Begeleid Bewegprogramma			Basiselementen hoge belastbaarheid Opstartprogramma			
			Freq.	Intensiteit	Volume	Freq.	Intensiteit	Volume
<b>A</b> <b>Doel trainingsprogramma:</b> primaire preventie / voorkomen van complicaties  <b>Indicaties:</b> risicofactoren voor o.a. DM2, hart- en vaatziekten	<b>A</b> <b>cardiovasculair</b> <b>risicoprofiel:</b> ≥10% risico op sterfte	<b>A1</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>
		<b>DUUR</b>	3x/wk	60 => 70% Wmax	15 => 45 min	3x/wk	70 => 80% Wmax	60 => 75 min
	<b>KRACHT</b>	1x/wk	60 => 70% 1-RM	3 * ( 8-12 reps)	1x/wk	70 => 85% 1-RM	3 * ( 8-12 reps)	
	<b>INTERVAL</b>	1x/wk	80 =>100% Wmax	6=>10*(30' in/60' out)	1x/wk	70 => 85% Wmax	10=>15*(45' in/90' out)	
<b>B</b> <b>cardiovasculair</b> <b>risicoprofiel:</b> <10% risico op sterfte	<b>A2</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	
	<b>DUUR</b>	1x/wk	50 => 65% Wmax	15 => 30 min	3x/wk	65 => 75% Wmax	45 => 60 min	
<b>KRACHT</b>	2x/wk	60 => 70% 1-RM	2 * ( 8-12 reps)	2x/wk	70 => 85% 1-RM	3 * ( 8-12 reps)		
<b>INTERVAL</b>	2x/wk	80 =>100% Wmax	4=>10*(30' in/60' out)	2x/wk	60 => 80% Wmax	6=>10*(45' in/90' out)		
<b>B</b> <b>Doel trainingsprogramma:</b> bewegen als therapeuticum / alternatief voor aanvullende medicatie  <b>Indicaties:</b> hypertensie, hyperlipidemie, suboptimaal gereguleerde DM	<b>B</b> <b>cardiovasculair</b> <b>risicoprofiel:</b> ≥10% risico op sterfte	<b>B1</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>
		<b>DUUR</b>	3x/wk	60 => 70% Wmax	15 => 45 min	2-3x/wk	60 => 70% Wmax	60 => 75 min
	<b>KRACHT</b>	1x/wk	60 => 70% 1-RM	2 * ( 8-12 reps)	1-2x/wk	70 => 85% 1-RM	2-3 * ( 8-12 reps)	
	<b>INTERVAL</b>	1x/wk	80 =>100% Wmax	6=>10*(30' in/60' out)	1-2x/wk	70 => 90% Wmax	6=>10*(45' in/90' out)	
<b>C</b> <b>cardiovasculair</b> <b>risicoprofiel:</b> <10% risico op sterfte	<b>B2</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	
	<b>DUUR</b>	2x/wk	50 => 60% Wmax	15 => 30 min	2x/wk	50 => 60% Wmax	45 => 60 min	
<b>KRACHT</b>	2x/wk	60 => 70% 1-RM	2 * ( 8-12 reps)	2x/wk	70 => 85% 1-RM	3 * ( 8-12 reps)		
<b>INTERVAL</b>	2x/wk	80 =>100% Wmax	4=> 8*(30' in/60' out)	2x/wk	60 => 80% Wmax	4=> 8*(45' in/90' out)		
<b>C</b> <b>Doel trainingsprogramma:</b> stabilisering van ziekteproces  <b>Indicaties:</b> comorbiditeit bijv. coronariaalijden, DM2, artrose, sarcopenie	<b>C</b> <b>cardiovasculair</b> <b>risicoprofiel:</b> ≥10% risico op sterfte	<b>C1</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>
		<b>DUUR</b>	1-2x/wk	50 => 60% Wmax	15 => 30 min	2x/wk	60 => 70% Wmax	45 min
	<b>KRACHT</b>	1-2x/wk	60 => 70% 1-RM	2 * ( 8-12 reps)	2x/wk	70 => 80% 1-RM	2-3 * ( 8-12 reps)	
	<b>INTERVAL</b>	1-2x/wk	90 =>110% Wmax	4=> 8*(30' in/60' out)	2x/wk	100 =>120% Wmax	8=>12*(30' in/60' out)	
<b>C</b> <b>cardiovasculair</b> <b>risicoprofiel:</b> <10% risico op sterfte	<b>C2</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	<b>Freq.</b>	<b>Intensiteit</b>	<b>Volume</b>	
	<b>DUUR</b>	0-1x/wk	50 => 60% Wmax	15 => 30 min	1x/wk	50 => 60% Wmax	30 => 45 min	
<b>KRACHT</b>	2-3x/wk	50 => 60% 1-RM	2-3 * ( 8-12 reps)	3x/wk	60 => 75% 1-RM	3 * ( 8-12 reps)		
<b>INTERVAL</b>	2-3x/wk	70 => 90% Wmax	4=> 8*(30' in/60' out)	3x/wk	80 =>100% Wmax	8=>12*(30' in/60' out)		

## Bijlage 4.2 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing)

### Motivational Interviewing

*Een bewerking van het artikel:*

*Voorlichtingsmethodieken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter (jan. 2007)*

#### 1. Inleiding

Motivational Interviewing (MI) is een directieve persoongerichte gesprekstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen. Hierbij wordt de deelnemer gestimuleerd om zelf (mede) verantwoording voor de behandelingskeuze te nemen.

#### *Waarom is gedragsverandering zo moeilijk?*

Het omgaan met een chronische ziekte vereist gedragsverandering van de deelnemer. Indien de deelnemer hiertoe niet in staat is, leidt dit tot te weinig therapietrouw of non-compliance (Schippers, 2002). Dit kan diverse redenen hebben. Vooral gevoelens zoals angst, frustratie, depressie en schaamte spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast zijn er nog andere redenen te noemen zoals nog te weinig vertrouwen, inzicht in de mogelijkheden om te veranderen, de mate van betrokkenheid en te weinig voordelen in de gedragsverandering zien. Ervaringen, verwachtingen en gewoonten kunnen veranderen, zij het soms langzaam en stap voor stap, indien de fysiotherapeut een specifieke methode hiervoor beheerst.

#### *Motivational Interviewing*

De fysiotherapeut helpt de deelnemer stap voor stap bij de ontwikkeling om zijn motivatie van gedragsverandering te realiseren. Om de deelnemer letterlijk en figuurlijk in beweging te laten komen, waardeert en heeft de fysiotherapeut begrip voor de zienswijze van de deelnemer. Hij helpt de deelnemer ontdekken welke voordelen het gezonde gedrag voor hem oplevert. Deelnemers staan vaak twijfelend in het aanpakken van hun problemen. Aan de ene kant zien ze de nadelen van hun gedrag, maar aan de andere kant levert het gedrag hen voordelen op, zoals kortstondig genot, aandacht, controle, waardering of veiligheid. Dit wordt de deelnemer vaak pas duidelijk tijdens de gesprekken met de fysiotherapeut omdat hun ambivalentie meestal onbewust is.

Bij Motivational Interviewing helpt de fysiotherapeut de deelnemer deze ambivalentie te herkennen en er mee om te gaan. Hiervoor maakt de fysiotherapeut gebruik van oplossingsgerichte technieken. Hij kijkt vooral naar wat lukt of gelukt is in het kader van de gewenste gedragsverandering. Kenmerkend voor deze technieken is dat deze de deelnemer ondersteunen in het maken van kleine stappen in de gewenste richting en de deelnemer strategieën leren om zelf zijn problemen op te lossen. Hierdoor wordt de deelnemer in staat gesteld om definitief zijn gedrag te veranderen.

In 1991 publiceerden de Amerikaanse psycholoog William R. Miller en zijn Britse collega Stephen Rollnick *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. In eerste instantie is Motivational Interviewing ontwikkeld voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen. De methode is zo succesvol dat deze ook op diverse andere gebieden van de gezondheidszorg (zoals voeding en beweging) wordt toegepast.

In 2002 verscheen de tweede editie onder de titel *Motivational Interviewing: preparing people for change*, met voortschrijdende inzichten in de effectiviteit van de methode en de bredere toepasbaarheid onder meer binnen justitie, gezondheidszorg en voor de begeleiding van deelnemers met chronische aandoeningen.

Uit diverse studies van Bowen e.a. (2003) blijkt dat Motivational Interviewing een effectieve strategie is voor gedragsverandering. Bowen e.a. toonden aan dat een protocol gebaseerd op Motivational Interviewing uitgevoerd door getrainde diëtisten de inname van vet deed dalen. De studie van Smith (1997) toont aan dat Motivational Interviewing een belangrijke rol speelt bij de behandeling van obese vrouwen met diabetes type 2. Zij:

- bezoeken meer groepsbijeenkomsten;
- houden beter hun voedingsdagboeken bij;
- meten vaker hun bloedglucose;
- hebben betere bloedglucose-waarden dan de standaardgroep.

Naast de bovenstaande onderzoeken zijn er op andere gezondheidsgerelateerde gebieden diverse onderzoeken gedaan waarbij het effect van Motivational Interviewing ook als positief is ervaren. (*Berg-Smith, 1996; Britt, 2003; Emmons, 2001; Long, 1995; Miller, 2004; Resnicow, 2001; Scales, 2003; Trigwell, 1997; Channon, 2003*).

## 2. Theoretische basis

Motivational Interviewing is niet op een specifieke theorie gebaseerd, maar komt voornamelijk voort uit de sociale psychologie. Belangrijke kernbegrippen zijn: attributie, waarbij de deelnemer de oorzaak van zijn aandoening buiten zichzelf zoekt; cognitieve dissonantie, de spanning die de deelnemer ervaart tussen wat goed voor hem is en zoals hij nu doet en eigen effectiviteit. Een belangrijke recente bijdrage wordt tevens geleverd door de complexiteitstheorie, waardoor meer inzicht is ontstaan in de invloed van de omgeving op de gedragsverandering. Een belangrijke stap in de ontwikkeling van MI was de link aan het Stages of Change model van Prochaska en Diclemente als kader voor het veranderingsproces.

De principes van MI zijn gerelateerd aan de principes van cognitieve dissonantie, zoals het oplossen van ambivalentie door het manifest maken van inconsistenties waardoor dissonantie wordt gecreëerd. De technieken van MI (reflecties, samenvattingen) hebben als functie de cognitieve dissonantie op te wekken.

MI lijkt consistent te zijn aan een aantal modellen van gezondheidsgedrag, zoals Locus of control; Theory of Reasoned Action; Sociaal Cognitieve Theorie; Health Belief Model. Deze modellen, ondanks verschil in termen en nadruk, delen drie constructies, welke de kern van MI zijn. Dit zijn:

- de verwachtingen van de deelnemer over de consequenties van het aannemen van het specifieke gedrag;
- de invloed van de deelnemer op zijn percepties of beliefs ten aanzien van de persoonlijke controle over het specifieke gedrag;
- de sociale context van het specifieke gedrag (Britt 2003).

Voor inzicht in de invloed van de sociale context van de deelnemer zijn de inzichten van de complexiteitstheorie belangrijk. Deze stelt dat de sociale context van de deelnemer een complex adaptief systeem (CAS) is, gekenmerkt door:

1. non-lineaire verandering: kleine gebeurtenissen, acties en interacties kunnen leiden tot effecten die het hele systeem inclusief het gedrag van de deelnemer beïnvloeden;
2. zich herhalende gedragspatronen in zeer verschillende situaties;
3. het ontstaan van ander gedrag in een andere omgeving.

Dit maakt dat het, binnen de sociale context van de deelnemer gezien als een complex systeem, vaak moeilijk of zelfs onmogelijk is voor de fysiotherapeut om het gedrag van de deelnemer te begrijpen en voorspellen, laat staan te beheersen.

### 3. Wat is Motivational Interviewing?

*Een directieve persoongerichte begeleidingsstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller, 2002).*

Motivational Interviewing is directief en deelnemergegericht. De methode helpt deelnemers hun ambivalentie ten aanzien van gedrag te exploreren en op te lossen. Dit vindt plaats in een sfeer van samenwerken, waarbij de fysiotherapeut gebruik maakt van verschillende principes en technieken (Miller, 2002). Hierbij is het van groot belang dat

- er vertrouwen wordt opgebouwd tussen de fysiotherapeut en de deelnemer;
- de weerstand tegen gedragsverandering vermindert;
- gedragsverandering direct gericht wordt op het volgende stadium van gedragsverandering (*Prochaska & Diclemente, 1986*).

#### *Principes*

De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de deelnemer zelf komt en niet door de fysiotherapeut wordt opgelegd. Het is de taak van de deelnemer en niet van de fysiotherapeut om uitdrukking te geven en oplossingen te zoeken voor zijn ambivalentie. De bereidheid tot gedragsverandering, motivatie, is hierbij niet een vaststaande eigenschap van de deelnemer, maar een wisselend resultaat van de interactie tussen deelnemer, de sociale context van de deelnemer en de fysiotherapeut.

Iemand's ambivalentie oplossen door hem te overtuigen is hierbij geen goede strategie. De sfeer tijdens een gesprek met een deelnemer is dan ook respectvol, kalm, uitnodigend en stimulerend. De fysiotherapeut is echter wel directief of, anders geformuleerd: Hij stuurt op de afgesproken doelen. Hierbij is de fysiotherapeut duidelijk en vasthoudend. De verhouding tussen beiden blijft echter die van gelijkwaardig partnerschap (Miller, 2002; Rollnick, 1999; Te Lintel Hekkert, 2003).

De onderstaande vijf principes spelen een belangrijke rol bij Motivational Interviewing en lopen als een rode draad door de techniek. Dit zijn punten waar de fysiotherapeut bij het toepassen van de techniek voortdurend bij stil moet staan:

#### *1. Wees empatisch*

Werkelijk inleven in een ander en niet doen alsof je meeleeft! Door actief en reflectief te luisteren, laat de fysiotherapeut blijken dat hij/zij begrijpt wat de deelnemer zegt, voelt en denkt. In deze respectvolle sfeer heeft de deelnemer de veiligheid na te gaan welke voor- en nadelen aan zijn of haar probleemgedrag kleven.

#### *2. Weerstand? Meeveren!*

Weerstand is het effect van de communicatie tussen de fysiotherapeut en de deelnemer en vooral een signaal van betrokkenheid van de deelnemer, waarbij de deelnemer echter nog niet bereid is de gewenste gedragsverandering te realiseren. Indien de fysiotherapeut

weerstand niet als betrokkenheid begrijpt, ontstaat er een stijgend niveau van weerstand. Hoe hoger het niveau van weerstand, hoe lager de kans op gedragsverandering. Neuropsychologisch onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat weerstand leidt tot een nog sterkere verankering van het bestaande, niet gewenste, gedrag. (Dweck, 2007) Daarmee is het de taak van de fysiotherapeut om weerstandsniveaus zo laag mogelijk te houden.

### *3. Ondersteun eigen-effectiviteit*

De fysiotherapeut ondersteunt en versterkt het zelfvertrouwen van de deelnemer om te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de eigen effectiviteit. Geloof in eigen kunnen is één van de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van gedragsverandering. De fysiotherapeut versterkt de eigen-effectiviteit van de deelnemer door samen op zoek te gaan naar positieve uitzonderingen op het probleem en na te gaan in hoeverre deze bruikbaar zijn om een volgend stapje te nemen in de richting van het gewenste gezonde gedrag. Verder stimuleert hij de motivatie van de deelnemer door concrete, haalbare en attractieve veranderingen voor te stellen.

### *4. Ontwikkel discrepantie*

In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te veranderen tussen 'hoe het gedrag is' (het niet gewenste gewoontegedrag) en 'hoe de deelnemer zich wil gedragen' (gewenst gezond gedrag). Een techniek die gebruikt kan worden, is met de deelnemer de voor- en nadelen van de huidige leefstijl en de na- en voordelen van het gewenste gedrag te bespreken. De fysiotherapeut streeft hierbij naar explicitering en verscherping van verschillen tussen huidig gedrag en gezond gedrag. Door het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken roept hij discrepantie op bij de deelnemer en geeft hiermee een aanzet tot verandering.

### *5. Discussie/argumentatie vermijden*

Onvoorwaardelijke acceptatie door de fysiotherapeut geldt ook voor de eventuele keuzes die de deelnemer maakt om te veranderen. De deelnemer is zelf deskundige en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Discussie tussen de fysiotherapeut en de deelnemer wijst op een afwijzing van de keuze van de deelnemer door de fysiotherapeut. Dit is zelfs contraproductief, omdat dit leidt tot versterking van het huidige niet gewenste gedrag.

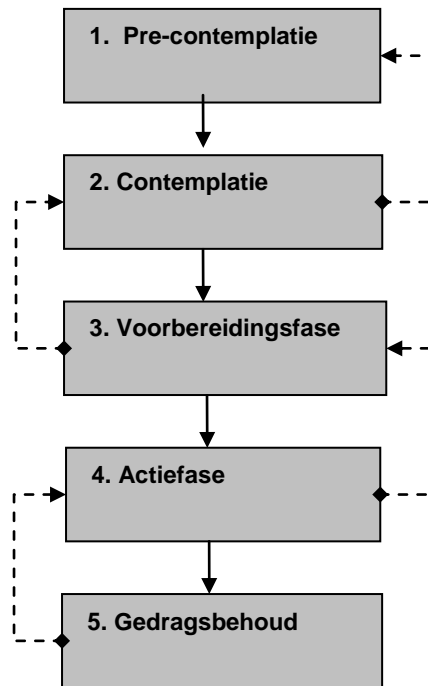
Samenvattend: De fysiotherapeut werkt samen met de deelnemer om de vereiste motivatie van de deelnemer te ontwikkelen zodat de deelnemer geïnspireerd is om zijn gedrag te veranderen. De nadruk ligt hierbij op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de deelnemer om de overeengekomen doelen te bereiken. De relatie tussen coach-coachee is meer van toepassing dan die van dokter-deelnemer.

#### 4. Stages of change

Het doel van dit model is eigenlijk om de fysiotherapeut meer inzicht te geven in welke fase van gedragsverandering de deelnemer zich bevindt, zodat hij zijn begeleiding beter kan afstemmen. Het model laat zien welke fases deelnemers doorlopen en welke stappen ze zetten om te komen tot verandering van gedrag (Brug, 2002).

Voorbeeld: Als iemand nog niet eens overweegt om zijn gedrag te gaan veranderen, heeft het geen zin om die persoon informatie te geven over h oe hij dat zou kunnen doen (Precontemplatie).

#### Stages of Change



Het Stages of Change model geeft weer dat in gedragsverandering vijf motivationele stadia te onderscheiden zijn:

##### 1. Precontemplatie

In de eerste fase, *precontemplatiefase*, wordt verandering van gedrag niet overwogen. Deelnemers zijn zich in deze fase vaak niet bewust van hun risicogedrag en zijn niet overtuigd dat de voordelen van gedragverandering zwaarder wegen dan de mogelijke nadelen. Om deelnemers in de *precontemplatiefase* te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden van de nadelen van hun huidige gedrag en de mogelijkheid tot veranderen. Het motivationele stadium kan getypeerd worden als 'Ongeïnteresseerd'. De deelnemer ziet het probleem niet en is nog niet bereid om het probleem op te lossen.

## 2. Contemplatie

In de tweede fase, de contemplatiefase, wordt de balans tussen voordelen en nadelen van zowel het huidige gedrag als het nieuwe gedrag opgemaakt. Verandering (binnen de komende zes maanden) van het risicogedrag wordt wel overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om op korte termijn (de komende 30 dagen) te veranderen. Exploreren van ambivalentie is hier de belangrijkste taak. De deelnemer reageert 'Afwijzend'. Hij ziet het nut van de verandering in, maar acht zichzelf nog niet in staat om het te proberen. Wel stelt de deelnemer zich meer algemene vragen: 'Hoeveel tijd kost dat?', 'Hoe duur is dat?'

In de contemplatiefase is de deelnemer zich bewust van de nadelen van het huidige gedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen effectiviteitsverwachting kan in deze fase wel laag zijn; men wil wel veranderen maar weet niet goed hoe. Omgevingscondities, sociale invloeden of een gebrek aan vaardigheden kunnen de gedragsverandering in de weg staan.

## 3. Voorbereidingsfase

Deze fase begint als de deelnemer concrete plannen heeft om zijn gedrag op korte termijn te veranderen. De deelnemer ziet het nut in van de gedragsverandering en wil het proberen. De bereidheid om van de contemplatiefase naar voorbereiding te gaan, hangt niet slechts samen met inzicht in de mogelijkheden, maar is vooral een optelsom van belangrijkheid en (zelf)vertrouwen. Het (zelf)vertrouwen, ofwel de positieve perceptie van de eigen mogelijkheden, kan voldoende of zelfs groot zijn, maar het belang kan door de deelnemer laag worden ingeschat.

Het niet expliciet onderzoeken van 'belangrijkheid voor de deelnemer' is een bekende valkuil van deskundigen. Immers: Zij zijn zelf al lang overtuigd van het belang van gezond gedrag, dus gaan er vaak ten onrechte van uit dat hun deelnemer dat ook wel is (of 'vanzelf' wel wordt).

## 4. Actiefase

In de vierde fase, de *actiefase*, zijn deelnemers bezig om hun gedrag te veranderen. Zij zien het belang om te veranderen, hebben er vertrouwen in dat zij dit kunnen én hebben inzicht in de mogelijkheden en brengen deze ten uitvoer. Tijdens de stappen van contemplatie naar voorbereiding en actie te gaan, moeten deelnemers steeds meer belang hechten aan het veranderen van hun gedrag en voldoende overtuigd zijn van hun eigen mogelijkheden om te veranderen. Voor dit laatste zijn vaardigheidstraining, verhoging van de eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning vanuit de sociale omgeving belangrijk, evenals het wegnemen van externe barrières die de verandering van gedrag in de weg staan. De deelnemer is gemotiveerd én geïnspireerd. Inspiratie is één stap hoger dan gemotiveerd. Dit is noodzakelijk, omdat de deelnemer niet alleen zelf het nut in dient te zien van de verandering, maar ook zijn directe omgeving.

## 5. Gedragsbehoud

Deelnemers in de *fase van gedragsbehoud* hebben hun 'nieuwe' gedrag al meer dan zes maanden volgehouden.

## Terugval

Terugval naar een eerder stadium is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van gedrag te komen, doorloopt de deelnemer vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie.



Een belangrijke implicatie van dit model is dat de begeleidingsbehoefte van deelnemers afhangt van het motivationele stadium.

#### Informereren en adviseren

Het is binnen Motivational Interviewing van belang om, onafhankelijk van welk stadium van motivatie of gedragsverandering dan ook, nooit ongevraagd informatie en advies te geven. Hierbij geldt de gouden begeleidingsregel: Eerst aansluiten, dan doorschakelen. Idealiter geeft de fysiotherapeut dus pas informatie of advies wanneer de deelnemer daarom vraagt, omdat de deelnemer ongevraagde, nieuwe adviezen of informatie eerst weer overweegt (contemplatie), voordat hij via de voorbereidingsfase weer tot actie kan overgaat. Indien de deelnemer niet om advies vraagt, kan de fysiotherapeut altijd aanbieden om advies te geven. Hij moet dat op zo'n manier doen dat de deelnemer dat – op dat moment – ook makkelijk kan weigeren of uitstellen. Bij het geven van informatie of advies is het altijd van belang om dat neutraal te doen, meerdere opties ter keuze aan te bieden en de deelnemer te vragen wat hij/zij vindt van de informatie.

Van *actiefase* naar de *fase van gedragsbehoud* speelt een zorgvuldige planning een rol. De gedragsverandering moet bekrachtigd worden door het 'gezonde gedrag' te belonen en succesvolle verandering van gedrag te bevestigen. Bij terugval is niet het belangrijk om te achterhalen 'waarom' deze terugval heeft plaatsgevonden. Het 'waarom' roept bijna altijd schuldgevoel op bij de deelnemer en kan een verdere ontwikkeling blokkeren. De juiste techniek is samen met de deelnemer op zoek te gaan naar de momenten, waarin er geen sprake was van terugval: de positieve uitzonderingen en deze te onderzoeken in hoeverre deze bruikbaar zijn om opnieuw in te zetten. Tevens is een positieve sociale norm, stimulans uit de directe omgeving, is belangrijk om bij een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan (Bes, 2002; Brug, 2002).

Fase waarin de deelnemer zit	Motiverende taken van de fysiotherapeut
Precontemplatie	Zaai twijfel. Vergroot het gevoel bij de deelnemer over de risico's en problemen van het huidige gedrag. Help mee de deelnemer bewust te worden van de nadelen zijn eigen gedrag.
Contemplatie	Laat de balans doorslaan. Vergroot de redenen van de deelnemer voor veranderen.
Vorbereidingsfase	Help de deelnemer bepalen wat voor hem de beste strategie is om tot verandering te komen. Help de deelnemer het zelfvertrouwen te versterken, zodat het lukt om te veranderen.
Actiefase	Help de deelnemer stappen te ondernemen zijn strategie uit te voeren.
Gedragsbehoud	Help de deelnemer terugval te zien aankomen en strategieën klaar te hebben indien dit nodig is.
Terugval	Help de deelnemer opnieuw door het proces te gaan zonder gedemotiveerd te worden.

NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. De fysiotherapeut kan geen Stages of Change behandeling 'doen' met deelnemers!

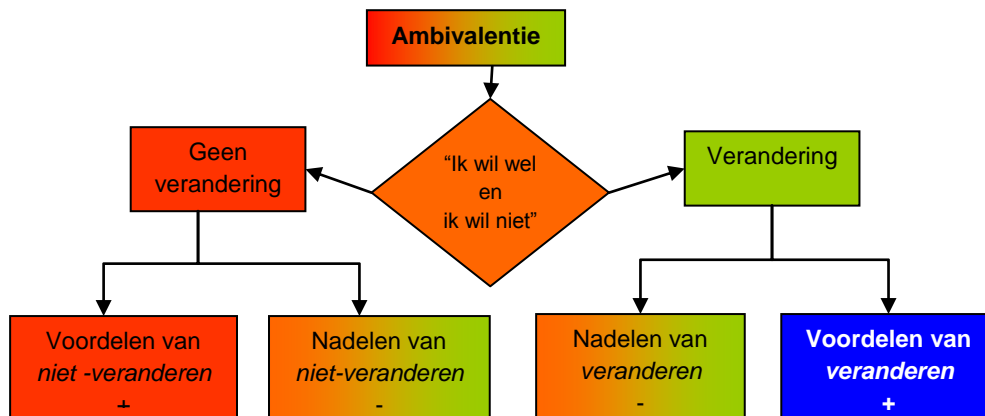


**Ambivalentie: ik wil wel... en ik wil niet**

*Het dilemma van verandering*

Twee kanten zien van een probleem is heel normaal en in veel gevallen prima, omdat dit leidt tot een afgewogen oordeel. Iemand die bijvoorbeeld wil afvallen denkt ‘Ik wil afvallen omdat ik mijn kleding niet meer pas of omdat ik niet meer met mijn kinderen kan spelen’ en wil tegelijkertijd niet afvallen omdat ‘het eten zo lekker smaakt en ik graag met mijn familie mee wil blijven eten’.

Ambivalentie is een teken van betrokkenheid op het oplossen van het probleem, omdat de deelnemer sterk nadenkt over zijn probleem. Dikwijls wordt ambivalentie opgevat alsof er iets verkeerd is met de motivatie, beoordeling, kennis of mentale staat van de deelnemer. Wel is het van belang om ambivalentie expliciet aan de orde te stellen, omdat als deelnemers in hun ambivalentie blijven hangen er geen sprake is van gedragsverandering. Daarom is ambivalentie een sleutelonderwerp dat opgelost moet worden om verandering te laten plaatsvinden (Miller, 2002; Te Lintel Hekkert, 2003).



Ambivalentie is niet alleen naar links of naar rechts / wel of niet / zwart of wit, maar het zijn veel krachten die alle kanten op kunnen gaan en dit veroorzaakt onzekerheid, waardoor het probleem steeds groter wordt: de gevreesde toekomst. Alle veranderingen zijn ongemakkelijk, zowel de goede als de slechte veranderingen

**Figuur:** Het exploreren van ambivalentie richt zich op de voor- en nadelen van wel of niet veranderen. *Of de deelnemer nu wel of niet verandert, aan elke verandering zijn altijd voor- en nadelen verbonden.* De voor- en nadelen van verandering kunnen zowel een psychologische, sociale als praktische dimensie hebben (Bes, 2002). Onder meer de complexiteit van de sociale context van de deelnemer maakt dat de verandering alleen zinvol is als deze plaatsvindt in kleine stapjes, waarbij de deelnemer op zoek gaat naar de kleinste mogelijke verandering in de gewenste richting met het grootste mogelijke effect.

## 5. Technieken Motivational Interviewing

De houding van de fysiotherapeut wordt getypeerd door oprechte en respectvolle nieuwsgierigheid. Dit uit zich door het stellen van open vragen en het maken van reflecties.

### 1. Stel open vragen

Open vragen zijn – in tegenstelling tot gesloten vragen – breder en geven de deelnemer vrijheid om te reageren terwijl de fysiotherapeut de mogelijkheid heeft om te luisteren en te observeren. Het grootste voordeel van open vragen is dat open vragen niet bedreigend zijn en interesse en vertrouwen tonen. Het nadeel is dat het meer tijd kan kosten. Voorbeelden van open vragen:

- hoe ziet je dagindeling eruit?
- welke ervaringen heeft u met het uitvoeren van het BeweegPlan?
- welke activiteiten zouden voor u, wellicht beter kunnen werken?
- wat zou voor u helpen?
- wat heeft de huisarts u verteld over de BeweegKuur?
- welke informatie heeft u al over de BeweegKuur?
- wat vindt u daarvan? Welke informatie mist u nog?

### 2. Ondersteun en bevestig

Het is belangrijk de deelnemer duidelijk en direct te ondersteunen door bijvoorbeeld begrip en waardering te uiten voor de inzet van de deelnemer. Voorbeelden zijn:

- ik waardeer het dat je hier gekomen bent. Het is vast niet gemakkelijk geweest, maar je hebt het toch gedaan!
- dat is een goed idee!
- je hebt geweldig doorgezet, want je bent al veel langer met dit probleem bezig, zonder dat je er helemaal aan onderdoor bent gegaan.
- dat is vast heel moeilijk voor je geweest.

Belangrijk is dat de ondersteuning zich richt op het gedrag van de deelnemer en zijn inzet om de Beweegkuur te volgen en niet op zijn persoon.

### 3. Geef samenvattingen

De drie elementen, die samen meestal een goede samenvatting vormen als een deelnemer een voorstel doet zijn:

1. de voordelen;
2. de nadelen;
3. een uitnodiging om verder te exploreren.

Aan het einde van een consult kan de samenvatting een meer formeel karakter hebben. Je kunt dan beginnen met aankondigen dat je probeert het geheel samen te vatten: 'Laat me eens zien of ik goed begrepen heb wat je me tot nu toe verteld hebt...' (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999).

#### 4. Actief luisteren

Actief luisteren is de belangrijkste basisvaardigheid van MI: reageren op wat de deelnemer vertelt en bedoelt. Echte interesse in wat je deelnemer te zeggen heeft en wezenlijk respect voor zijn/haar opvattingen maken daar deel van uit.

Bij actief luisteren toetst de fysiotherapeut zijn indrukken aan wat de deelnemer heeft bedoeld.

De fysiotherapeut weet dan of hetgeen de deelnemer bedoelt hetzelfde of niet hetzelfde is als wat hij bedoelt. Een reflectieve respons vraagt in wezen: 'Is dit wat je bedoelt?'

Eenvoudige reflecties worden gebruikt wanneer de (emotionele) betekenis (nog) minder duidelijk is, bijvoorbeeld in het begin van een gesprek of tijdens een eerste consult met een nieuwe deelnemer. Diepere reflecties, onder meer het duiden van emoties door de fysiotherapeut, zijn bruikbaar als het vertrouwen tussen de deelnemer en de fysiotherapeut toegenomen is (*Bes, 2002; Miller, 2002; Rollnick, 1999*).

Vier niveaus van reflectie:

- Herhalen  
De eenvoudigste, maar wel een zeer effectieve, reflectie is het herhalen van wat de deelnemer heeft gezegd.
- Herformuleren  
De fysiotherapeut blijft dichtbij wat de deelnemer heeft gezegd, maar gebruikt synoniemen of zegt het met andere woorden.
- Parafraseren  
De betekenis blijft hetzelfde en wordt teruggegeven in een nieuwe invalshoek en met andere woorden.
- Reflectie van gevoel  
Benadrukt duidelijk de emotionele en/of de cognitieve component van de ambivalentie (*Bes, 2002; Miller, 2002; Rollnick, 1999*).

#### 5. Nodig uit tot veranderingsuitspraken

Veranderingsuitspraken zijn uitspraken van de deelnemer waarin hij/zij de positieve kant van de ambivalentie zélf voor zijn rekening neemt. Anders gezegd: de redenen vóór gedragsveranderingen tégen handhaving van de huidige situatie worden door de deelnemer geformuleerd en niet door de fysiotherapeut! Immers, over het algemeen zijn mensen beter te motiveren door de redenen die zij zélf hebben bedacht en verwoord, dan dat deze door anderen zijn aangedragen (*Bes, 2002; Miller, 2002; Zelfperceptie theorie*).

## 6. Weerstand

Een algemene omschrijving is dat de deelnemer wel het nut ziet van ander gedrag, maar nog niet de mogelijkheid om zelf dit gedrag zich eigen te maken. Weerstand is een positieve uiting van betrokkenheid van de deelnemer. Hij doet een poging zijn eigen mogelijkheden om het 'gezonde' gedrag uit te voeren te toetsen aan de verwachtingen van de fysiotherapeut. Dit betekent niet dat de fysiotherapeut weerstand bewust moet oproepen. Maar als in het weerstand naar voren komt, dan duidt de fysiotherapeut de weerstand positief en zoekt hij samen met de deelnemer naar mogelijkheden om een volgend stapje te maken.

Voorbeelden:

- Ik word dik van water.  
Je hebt er goed over nagedacht waar je wel en niet dik van wordt. Veel mij eens hoe kom je tot dit inzicht?
- Ik ben heel sportief, maar mijn conditie wordt niet beter.  
Dat is heel vervelend. Je spant je erg in, maar je hebt nog niet het gevoel dat je conditie hierdoor beter wordt. Hoe merk je dat je conditie niet beter wordt?
- Weet u wel hoe moeilijk het is om je aan zo'n streng dieet te houden in een groot gezin tijdens de feestdagen. U kunt zich dat vast niet voorstellen met uw maatje 38!  
Dat lijkt mij inderdaad heel moeilijk. Je zit gezellig bij elkaar en dan eet je inderdaad meer dan je eigenlijk wilt. Ik merk dat u er erg mee bezig bent hoe u zich ook tijdens de feestdagen aan het dieet kunt houden!
- Maar ik heb natuurlijk zware botten; het zit in de familie.  
Ik vind het prima dat u steeds meer inzicht krijgt in de redenen waarom u overgewicht hebt. Gegeven de zware botten. Wat denkt u verder te kunnen doen aan uw gewicht?
- Ach, zó erg is het niet een keertje te zondigen? U gaat toch niet proberen mijn dagelijkse glaasjes wijn af te nemen, niet waar? Dat lukt u toch niet, want een wijntje op z'n tijd is goed voor het hart!  
Ik merk dat u goed let op uw dieet en probeert om hier zo zorgvuldig mogelijk mee om te gaan. Kunt u mij vertellen wanneer het wel lukt om u aan het dieet te houden?

### Weerstand en de rol van de fysiotherapeut

- Motivational Interviewing heeft als opvatting dat weerstand betrokkenheid is van de deelnemer.
- Motivational Interviewing neemt aan dat weerstand voornamelijk voortkomt uit de communicatie over en weer tussen fysiotherapeut en deelnemer. Dit is een praktijkgerichte benadering.
- Hieruit volgt dat er iets gedaan kan worden, zodra weerstand zich manifesteert.  
Een positieve duiding door de fysiotherapeut resulteert in een afname van het niveau van weerstand bij de deelnemer.
- Weerstand is een signaal dat de deelnemer en de fysiotherapeut nog niet 'op dezelfde golflengte' zitten.

Vier vormen van weerstand zijn argumenteren, onderbreken, ontkennen en negeren.

### Hoe gaat de fysiotherapeut om met weerstand?

In plaats van argumenteren, diagnosticeren, adviseren, overtuigen of ongevraagd informatie geven, beweegt de fysiotherapeut mee met de uitspraken van de deelnemer. Het doel is de deelnemer te ondersteunen in zijn poging om een beeld te krijgen van wat hijzelf wil. Het

gebruik van positieve reflecties is een manier om de deelnemer te laten inzien dat hij wél een volgende stapje kan maken. Er zijn ook nog een paar andere mogelijkheden (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999):

- versterkte reflectie:  
teruggeven wat de deelnemer zegt, in een versterkte of zelfs enigszins overdreven vorm;
- tweezijdige reflectie:  
de andere kant van de ambivalentie toevoegen;
- meegaan en vragen:  
Gegeven (het probleem dat de deelnemer ziet), hoe kun je ervoor zorgen dat je...;
- herformuleren in andere context;
- paradox.

## 6. Motivational Interviewing in een notendop

- Motivatie tot verandering komt vanuit de deelnemer en wordt niet van buitenaf opgelegd.
- Het is de taak van de deelnemer en niet van de fysiotherapeut om uitdrukking te geven aan en een oplossing te zoeken voor de eigen ambivalentie.
- Proberen iemand te overtuigen is geen effectieve strategie om iemands ambivalentie te laten oplossen.
- De stijl en sfeer is over het algemeen kalm, uitnodigend en respectvol.
- De fysiotherapeut is directief in het bijstaan van de deelnemer, die zijn/haar eigen ambivalentie onderzoekt en oplost.
- De motivatie tot gedragsverandering is geen vaststaand gegeven, maar een wisselend effect van de interactie tussen deelnemer en fysiotherapeut.
- De verhouding tussen beiden is te typeren als gelijkwaardig partnership.

### Bronnen

- Deelnemersmateriaal 'Individuele voorlichting op maat' van Stichting Icare (okt. 2005).
- W.R. Miller, Rollnick, S., Motivational interviewing: preparing people for change, The Guilford Press, 2002
- Voorlichtingsmethodeken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter(jan. 2007)
- Doen wat werkt, Coert Visser, van Duuren Management, tweede druk 2009
- Eindrapport van het project 'Naar vraaggestuurde dieetzorg' (2005).

Wanneer actuelere of uitgebreidere informatie over de achtergrond en toepassing van Motivational Interviewing beschikbaar is, dan wordt dit op de website van de BeweegKuur geplaatst: [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl).