

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

W www.nisb.nl

W 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 (eerstelings)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerde gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl.
Versie: 1.1

Redactie:

Mevr. L. Butselaar
Mevr. B. van der Poel
Dhr. drs. D. Schaars
Mevr. drs. I. Broeders^{1*}

Met dank aan:

Dhr. Prof.dr.ir. J.C. Seidell, Mevr. drs. S. Niemer (Partnerschap Overgewicht Nederland)
Mevr. dr. W.J.E. Bemelmans (RIVM);
Dhr. dr. S.P.J. Kremers, Mevr. 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 Mevr. L. Butselaar; Dhr. D. Schaars;
PON	(Partnerschap Overgewicht Nederland) vertegenwoordigd door Mevr. S. Niemer;
NVDA	(Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten) vertegenwoordigd door Mevr. T. Van Baar, Mevr. C. Van Velzen;
NVD	(Nederlandse Vereniging van Diëtisten) vertegenwoordigd door Mevr. W. Remijnse;
DNO	(Diabetes and Nutrition Organization) vertegenwoordigd door Mevr. L. Smit*;
KNGF	(Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie) vertegenwoordigd door Mevr. 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 Mevr. C. Aarsen;
LVG	(Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns) vertegenwoordigd door Dhr. P. Rijnbeek*; Mevr. Y. Schoenmakers;
NIP	(Nederlands Instituut van Psychologen) vertegenwoordigd door Dhr. P. Daansen;
NOV	(Nederlandse Obesitas Vereniging) vertegenwoordigd door Mevr. S. Kruizinga;
ActiZ	(Organisatie van zorgondernemers) vertegenwoordigd door Mevr. 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, 2010

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.

¹ Redactie- en/of werkgroepleden tot 2009

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
1 DE BEWEEGKUUR ALS GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE.....	7
2 DESKUNDIGHEID EN SAMENWERKING VAN DE ZORGVERLENERS.....	10
2.1 DESKUNDIGHEID VAN BETROKKEN ZORGVERLENERS	10
2.2 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING.....	10
3 TRAJECTBESCHRIJVING BEWEEGKUUR.....	13
4 INSTROOM.....	15
4.1 INSTROOM.....	15
4.2 INSTROOM VIA DIRECTE TOEGANKELIJKHEID FYSIOTHERAPIE (DTF)	15
5 DOELGROEP: IN- EN EXCLUSIECRITERIA BEWEEGKUUR	17
5.1 INCLUSIECRITERIA BEWEEGKUUR	17
5.2 EXCLUSIECRITERIA BEWEEGKUUR.....	18
6 INDICATIESTELLING.....	19
6.1 INDICATIESTELLING BEWEEGPROGRAMMA	19
6.2 ROL VAN DE FYSIOTHERAPEUT	20
7 HET ZELFSTANDIG BEWEEGPROGRAMMA EN OPSTARTPROGRAMMA	24
7.1 INLEIDING.....	24
7.2 ZELFSTANDIG BEWEEGPROGRAMMA.....	25
7.3 OPSTARTPROGRAMMA.....	25
7.4 DE TAKEN VAN DE FYSIOTHERAPEUT BINNEN HET OPSTARTPROGRAMMA	27
8 BEGELEID BEWEEGPROGRAMMA.....	29
8.1 BEGELEID BEWEEGPROGRAMMA BINNEN DE BEWEEGKUUR	29
8.2 DE TAKEN VAN DE FYSIOTHERAPEUT BINNEN HET BEGELEID BEWEEGPROGRAMMA:.....	32
9 HET BEWEEGPLAN.....	38
BIJLAGEN	43
BIJLAGE 1 STROOMSCHEMA DE FYSIOTHERAPEUT EN DE BEWEEGKUUR.....	44
BIJLAGE 2 VOORBEELD VERWIJSBRIEF BEWEEGKUUR FT → SPORTBEGELEIDER	45
BIJLAGE 3 VOORBEELD OVERDRACHTBRIEF BEWEEGKUUR FYSIOTHERAPEUT → LEEFSTIJLADVISEUR.....	46
BIJLAGE 4 BEGELEIDING EN COACHING (MOTIVATIONAL INTERVIEWING)	47
BIJLAGE 5 TESTEN	60
BIJLAGE 7 BEGELEID TRAININGSPROGRAMMA	68
BIJLAGE 8 STROOMSCHEMA DE FYSIOTHERAPEUT EN HET BEGELEID BEWEEGPROGRAMMA.....	72
Figuur 1 Algemeen stroomdiagram Beweegkuur	14
Figuur 2 Indicatiestelling Beweegprogramma door LSA, AGF en deelnemer.....	23
<i>Tabel 1 Niveau van gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico volwassenen</i>	<i>18</i>
<i>Tabel 2 Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico in relatie tot beweegprogramma.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabel 3 Metabole equivalenten van enkele activiteiten.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabel 4 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel.....</i>	<i>71</i>

Inleiding

Beste fysiotherapeut,

Voor u ligt de handleiding van de BeweegKuur voor de fysiotherapeut² die betrokken is bij de uitvoering van de BeweegKuur. De fysiotherapeut is een belangrijke speler in dit netwerk. In deze handleiding worden de taken van de fysiotherapeut concreet en stapsgewijs uitgewerkt. Naast deze handleiding is er een aparte handleiding voor de leefstijladviseur en voor de diëtist.

Het *“Protocol BeweegKuur voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico”* ligt ten grondslag aan de handleidingen voor de verschillende disciplines. In dit document zijn de uitgangspunten van de BeweegKuur opgenomen en wordt de BeweegKuur op hoofdlijnen beschreven.

Deze handleiding beoogt een praktisch en werkbaar document te zijn en is samengesteld op basis van bovengenoemd document en de ‘KNGF-standaard Beweeginterventie bij Diabetes Mellitus type 2’. Het is aan te bevelen om het *“Protocol BeweegKuur”* voorafgaand aan bestudering van de handleiding te lezen.

Op de website www.beweegkuur.nl van het NISB, is het *“Protocol Beweegkuur”* te downloaden. Daarnaast is aanvullende informatie te vinden zoals de wetenschappelijke onderbouwing en referenties, informatie over en een stappenplan voor de vormgeving van de lokale samenwerking en de taken van de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Ook zijn op deze website de competentieprofielen te vinden van de leefstijladviseur en fysiotherapeut met aanvullende scholing. Naast de achtergrondinformatie over: 1. Diabetes en leefstijl; 2. Obesitas en leefstijl; 3. Het belang van bewegen voor mensen met een hoog gezondheidsrisico, 4. Voedingsadviezen; zijn op de website ook de materialen zoals o.a. het logboek BeweegKuur en de informatiefolders te vinden die gebruikt worden binnen de BeweegKuur.

In deze handleiding worden in hoofdstuk 1 kort beschreven het doel, de doelgroep en wat de pijlers van de BeweegKuur zijn.

In hoofdstuk 2 aandacht voor de vereiste deskundigheid van de zorgverleners die betrokken zijn bij de BeweegKuur en de multidisciplinaire samenwerking en de rol van de leefstijladviseur en de fysiotherapeut daarin.

In hoofdstuk 3 t/m 6 komt het traject van de BeweegKuur aan de orde. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan de instroom via de huisartsenzorg, de instroom via Direct toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) en in hoofdstuk 5 de in- en exclusiecriteria.

In hoofdstuk 6 komt de indicatiestelling voor de beweegprogramma's aan bod.

In hoofdstuk 7 en 8 worden de beweegprogramma's afzonderlijk uitgewerkt, met uitgebreide beschrijving van de taken van de fysiotherapeut.

In hoofdstuk 9 wordt aandacht besteed aan het beweegplan. Tot slot is een aantal bijlagen opgenomen.

² Of oefentherapeut indien deze voldoet aan het competentieprofiel

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.

Bij verwijzing naar personen wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm bedoeld.

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!

1 De BeweegKuur als gecombineerde leefstijlinterventie

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

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. Onderzoek³ toont aan dat door een gezonde leefstijl positieve effecten behaald kunnen worden in termen van gezondheidswinst.

Specifiek wordt in navolging van de CBO richtlijn⁴ na een jaar begeleiding in de BeweegKuur gestreefd naar een gewichtsreductie van $\geq 5\%$ wat gehandhaafd wordt in het jaar na de BeweegKuur.

De doelgroep

De BeweegKuur is bedoeld voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico:

1. personen met een BMI tussen 25 en 30 in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen) en/of comorbiditeit;
2. personen met een BMI tussen 30 en 35 ongeacht buikomvang, ongeacht comorbiditeit;
3. personen met een BMI tussen 35 en 40 ongeacht buikomvang, maar zonder comorbiditeit⁵.

Voor allen geldt dat men gemotiveerd is voor gedragsverandering én een inactieve leefstijl hebben. De inclusie- en exclusiecriteria worden uitgebreid beschreven § 5.

Integraal aandacht voor bewegen, voeding en gedragsverandering

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie bestaande uit drie thema's:

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

Binnen de BeweegKuur vindt begeleiding o.a. plaats door middel van een beweeg- en voedingsprogramma.

Bij het thema bewegen worden drie programma's onderscheiden die hoofdzakelijk verschillen in de mate van begeleiding die geboden wordt:

1. zelfstandig beweegprogramma; bewegen binnen het reguliere lokale beweegaanbod;
2. opstartprogramma; (tijdelijk) bewegen onder beperkte begeleiding van de fysiotherapeut⁶;
3. begeleid beweegprogramma; (tijdelijk) bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut⁷.

³ RIVM onderzoek kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvisering

⁴ CBO richtlijn 'diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'

⁵ (hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose, slaap apneu)

⁶ Of oefentherapeut indien deze voldoet aan het competentieprofiel

⁷ Het begeleid beweegprogramma is in 2010 slechts op enkele locaties beschikbaar ivm een lopend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van dit beweegprogramma.

De fysiotherapeut wordt door de leefstijladviseur in eerste instantie ingeschakeld voor het bepalen van de mogelijkheden en wensen van een deelnemer middels een intake en submaximale inspanningstest. Op basis hiervan brengt de fysiotherapeut een advies uit aan de leefstijladviseur over duur, frequentie, intensiteit en vorm van bewegen.

De leefstijladviseur stelt in overleg met de deelnemer het beweegprogramma vast. Het advies van de fysiotherapeut wordt hierin meegenomen.

In hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op de indicatiestelling en de beweegprogramma's.

In het voedingsprogramma worden alle deelnemers door de leefstijladviseur verwezen naar de diëtist voor een individueel voedingsconsult. Na de intake bij de diëtist worden er groepen geformeerd voor groepsvoorlichting. Deze groepsvoorlichting (7 bijeenkomsten) wordt door de diëtist uitgevoerd en zo ingericht dat het aansluit bij de wensen en persoonlijke doelen van de deelnemers. Naast de groepsbijeenkomsten vinden er, afhankelijk van het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, drie individuele consulten plaats waarin de voortgang van de deelnemer besproken en geëvalueerd wordt.

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

Een derde pijler in de BeweegKuur is de aandacht voor gedragsverandering. Gedurende de BeweegKuur is de leefstijladviseur, ongeacht in welke beweeg- en voedingsprogramma's de deelnemer terecht komt, het centrale punt waarmee de deelnemer regelmatig contact heeft over de voortgang en waar (aanvullende) coaching en begeleiding plaatsvindt. Voor elke deelnemer wordt een individueel zorgplan opgesteld. Dit is een plan dat de leefstijladviseur en de deelnemer samen opstellen, waarin persoonlijke doelen en afspraken worden vastgelegd. 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 af met de huisarts en de andere betrokken zorgverleners.

Duur van de BeweegKuur

De BeweegKuur duurt maximaal één jaar; in deze periode moet het mogelijk zijn gedrag te veranderen en tevens voorwaarden te scheppen voor gedragsbehoud. Deelnemers van de BeweegKuur die zichtbaar een jaar lang lichamelijk actiever zijn en gezonder eten, zijn vaak zo intrinsiek gemotiveerd dat zij hun gezonde leefstijl voortzetten. Na 12 maanden zal de reguliere begeleiding binnen de BeweegKuur daarom ook stoppen. Terugvalpreventie is een belangrijk instrument om het effect van de begeleiding te borgen. Met name in het traject na afloop van de BeweegKuur is het daarom van belang dat de leefstijladviseur, praktijkondersteuner en huisarts de leefstijlverandering (beweeg- én eetgedrag) op de 'agenda' blijven zetten en daarmee blijven monitoren. Consulten, en in het bijzonder de diabetescontroles en het hypertensiespreekuur, zijn bij uitstek momenten om dit te doen. Terugval blijft altijd mogelijk en kan op deze manier vroegtijdig gesignaleerd en opgevangen worden.

Voor mensen die deel genomen hebben aan het zelfstandig beweegprogramma is een langdurige zorgfase van onderhoud en begeleiding na de BeweegKuur niet geïndiceerd. Deze groep kan zelf de gezonde leefstijl voortzetten en bestendigen.

Voor mensen die deel genomen 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 deel genomen 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 eens per jaar een uitgebreide controle op comorbiditeit plaatsvindt.

2 Deskundigheid en samenwerking van de zorgverleners

2.1 Deskundigheid van betrokken zorgverleners

Het takenpakket binnen de BeweegKuur van de betrokken zorgverleners bevindt zich niet alleen op de voor hen bekende werkerreinen maar ook op de essentiële aspecten als gedragsverandering en medische achtergrondkennis. Voor een succesvolle begeleiding van de deelnemer binnen de BeweegKuur is het daarom noodzakelijk dat de betrokken zorgverlener deskundig is om de BeweegKuur uit te voeren. Voor de diëtist sluiten de taken binnen de BeweegKuur aan bij het huidige takenpakket.

Voor de leefstijladviseur en fysiotherapeut betekent dit een (beperkte) aanvulling op het huidige takenpakket. Zorgverleners die programma's van de BeweegKuur willen uitvoeren dienen aanvullend geschoold te zijn. We spreken derhalve binnen de BeweegKuur over zorgverleners met aanvullende scholing.

Voor deze benodigde aanvullende beroepstaken zijn (aanvullende) competentieprofielen ontwikkeld. De competentieprofielen zijn te downloaden van www.beweegkuur.nl. Ook andere disciplines zoals oefentherapeuten kunnen betrokken zijn bij de uitvoering van de BeweegKuur, mits zij voldoen aan de competentieprofielen.

2.2 Multidisciplinaire samenwerking

De BeweegKuur is een multidisciplinaire interventie. Ze creëert samenhang in beweegactiviteiten, realiseert samenwerking tussen partners in zowel de eerstelijnszorg als de openbare gezondheidszorg en draagt daarmee bij aan de ontwikkeling van een solide (lokale) infrastructuur voor preventie.

Een multidisciplinaire aanpak zal effectiever zijn dan een monodisciplinaire aanpak, goede contacten binnen het multidisciplinaire team zijn belangrijk. Wanneer er structurele samenwerking plaatsvindt, de disciplines kennis hebben van elkanders vakgebied en er korte communicatielijnen bestaan, kan er tijdens de interventie synergie ontstaan.

Naast de leefstijladviseur spelen ook de fysiotherapeut en de diëtist een belangrijke rol in de begeleiding van de deelnemer. De deelnemer moet ervaren dat er een team achter hem⁸ staat, dat er betrokkenheid is en dat de zorgverleners dezelfde doelen nastreven. Het is cruciaal voor therapietrouw dat zorgverleners onderling eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen.

In de volgende paragraaf wordt de rol en samenwerking van de leefstijladviseur, de fysiotherapeut en de diëtist nader toegelicht.

2.2.1 De rol van de leefstijladviseur

De leefstijladviseur verleent (door de huisarts) gedelegeerde coaching en begeleiding aan deelnemers die van de huisarts de BeweegKuur voorgeschreven hebben gekregen. Het gaat hierbij om het begeleiden van deelnemers naar een gezonde en actieve leefstijl. Het accent ligt op het stimuleren van intrinsieke motivatie van de deelnemer en het verhogen van de eigen effectiviteit en verantwoordelijkheid. Hierbij is speciale aandacht voor het voedings- en beweeggedrag van de deelnemers.

⁸ Bij verwijzing naar personen wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm bedoeld.

De leefstijladviseur maakt en bewaakt de afspraken over instroom, doorstroom en uitstroom van deelnemers gedurende het advies- en begeleidingstraject en geeft terugkoppeling over de voortgang van de deelnemer.

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 specifieke beroepstaken voor de leefstijladviseur bij de BeweegKuur 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;
3. het informeren en adviseren van deelnemers;
4. het coördineren van het zorgproces van deelnemers in het zorgnetwerk.

Belangrijke voorwaarde voor de BeweegKuur is dat de uitvoering geïntegreerd is in de reguliere huisartsenzorg.

2.2.2 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 een adviserende en een begeleidende taak. Daarnaast vervult de fysiotherapeut een doorverwijzende rol naar het lokale sportaanbod.

Beroepsrollen en taken binnen de BeweegKuur

De beroepstaken van de fysiotherapeut vormen een aanvulling op bestaande competenties.

De beroepstaken hebben vooral betrekking op:

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

2.2.3 De rol van de diëtist

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 beroepstaken hebben betrekking op:

1. diagnostiek, vaststellen behandelplan en het geven van een voedingsadvies;
2. het organiseren en uitvoeren van groepsvoorlichtingen;
3. het motiveren van deelnemers;
4. het voeren van multidisciplinair overleg.

2.2.4 Multidisciplinaire aanpak

Van de drie disciplines wordt verwacht dat er wordt samengewerkt volgens een multidisciplinaire aanpak. De wijze waarop dit plaatsvindt, is afhankelijk van de individuele situatie van de praktijk en de werksetting. Tijdens de integrale risicobenadering gaat de leefstijladviseur in op meerdere risicofactoren zoals voeding, bewegen en overgewicht. Om kwaliteitsadviezen op deze en andere gebieden te kunnen leveren, moet met andere disciplines worden samengewerkt en een multidisciplinair advies / begeleidingstraject worden geboden.

De fysiotherapeut en diëtist dragen zorg voor het uitwisselen van informatie over de voortgang van de deelnemer. Dit maakt in ieder geval deel uit van de verslaglegging bij beëindiging van de begeleiding door de fysiotherapeut / diëtist. De leefstijladviseur onderhoudt contact met betrokken zorgverleners.

2.2.5 Praktijkondersteuner, diëtist of fysiotherapeut als leefstijladviseur

In de ideale situatie wordt de rol van leefstijladviseur vervuld door een praktijkondersteuner (leefstijladviseur). Zij zal dan zowel de leefstijladvisering als de medisch-inhoudelijke zorg op zich nemen. Hierdoor ontstaat een optimale inbedding in de reguliere huisartsenzorg.

Er kunnen echter uitzonderingssituaties zijn. In de situatie dat de rol van leefstijladviseur door een andere discipline dan de praktijkondersteuner vervuld wordt, bij voorbeeld door een diëtist of een fysiotherapeut, vindt er een opsplitsing van taken plaats. De leefstijladviseur (diëtist of fysiotherapeut) verzorgt dan de leefstijladvisering (begeleiding en coaching) in het kader van de BeweegKuur en 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. De leefstijladviseur werkt in dat geval nauw samen met de praktijkondersteuner.

3 Trajectbeschrijving BeweegKuur

In de volgende hoofdstukken wordt de inhoud van de BeweegKuur, de instroom, de indicatiestelling en de beweegprogramma's beschreven. Bij iedere stap zijn één of meerdere zorgverleners uit de zorgketen betrokken.

In deze handleiding wordt bij de verschillende onderdelen uitgebreid ingegaan op de rol van de fysiotherapeut, daarnaast wordt, voor zover relevant, de rol van de leefstijladviseur toegelicht. Dit is van belang om een totaal beeld te krijgen van de BeweegKuur en de multidisciplinaire samenwerking.

Achtereenvolgens komen de verschillende onderdelen aan de orde:

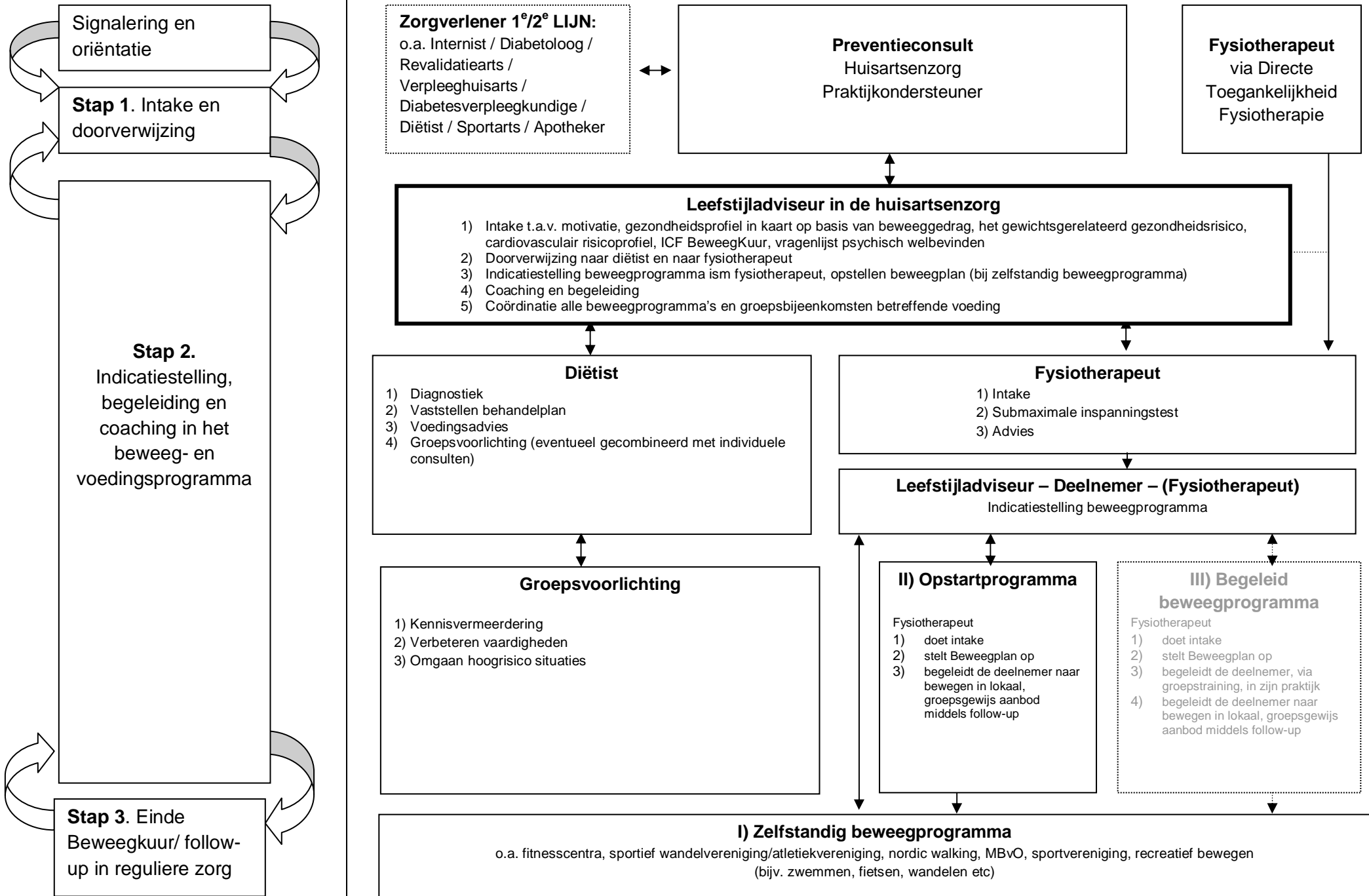
- instroom;
- doelgroep, in- en exclusiecriteria;
- indicatiestelling beweegprogramma;
- de verschillende beweegprogramma's en de taken van de fysiotherapeut;
- het beweegplan.

In 'Figuur 1 Algemeen stroomdiagram Beweegkuur', is de in-, door- en uitstroom in de BeweegKuur schematisch weergegeven in een stroomdiagram.

Let op: de taken die in dit schema beschreven worden bij de verschillende zorgverleners zijn niet volledig. Bekijk daarvoor de competentieprofielen op www.beweegkuur.nl.

Het begeleid beweegprogramma wordt niet op alle locaties aangeboden. Meer informatie over dit begeleid beweegprogramma vindt u in hoofdstuk 8.

Figuur 1 Algemeen stroomdiagramm Beweegkuur



4 Instroom

4.1 Instroom

Belangrijk kenmerk van de interventie is dat deze wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg. De instroom in de BeweegKuur kan op verschillende manieren plaats vinden, namelijk via het toekomstige preventieconsult, via signalering en case finding binnen de huisartsenpraktijk, via de fysiotherapeut (DTF), of via andere zorgverleners binnen de 1e of 2e lijn.

Het preventieconsult zoals dat momenteel ontwikkeld wordt door het NHG zal waarschijnlijk de belangrijkste methode worden waarmee deelnemers voor de BeweegKuur gesignaleerd worden. Naast het preventieconsult sluit de BeweegKuur ook aan bij de wijze van signalering en oriëntatie zoals beschreven in relevante richtlijnen (diabetes Mellitus type 2, cardiovasculair risicomanagement, CBO richtlijn⁹) of andere interventies binnen de huisartsenpraktijk, zoals de Routeplanner Diabetes van de NDF.

De huisarts bepaalt of iemand in kan stromen in de BeweegKuur. Hij is daarbij verantwoordelijk voor het beoordelen van eventuele contra-indicaties. De huisarts baseert zijn advies en beslissing op relevante richtlijnen.

Mensen die geëxcludeerd worden voor de BeweegKuur kunnen eventueel later, na behandeling van de contra-indicatie (in bijvoorbeeld de tweedelijns), alsnog instromen in de BeweegKuur.

4.2 Instroom via directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF)

Er bestaat echter ook de mogelijkheid dat iemand zich via DTF bij de fysiotherapeut meldt en instroomt in de BeweegKuur.

Bij de doelgroep is er echter sprake van complexe gezondheidsproblematiek, eventuele comorbiditeit, polyfarmacie en multidisciplinaire zorg. Het reguliere DTF-concept is daarom voor de BeweegKuur iets aangepast en wordt onderstaande procedure gehanteerd.

De taken van de fysiotherapeut bij instroom via directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF):

- de fysiotherapeut vergewist zich eerst bij iemand met een chronische ziekte of deze daarvoor adequaat onder behandeling is en verwijst zonodig direct door naar de huisarts en/of leefstijladviseur;
- wanneer de fysiotherapeut niet geschoold is in het aanbieden van de Beweegkuur volgt ook direct een doorverwijzing naar de leefstijladviseur.

Indien de fysiotherapeut wel geschoold is in de BeweegKuur:

⁹ CBO richtlijn 'diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'

- stel een indicatie voor het type beweegprogramma binnen de BeweegKuur vast;
- verwijst de deelnemer door naar de leefstijladviseur en informeer de leefstijladviseur over de gestelde indicatie voor het te volgen beweegprogramma binnen de BeweegKuur.

De leefstijladviseur bepaalt op basis van de algemene instroomcriteria of de deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur en brengt de huisarts op de hoogte van deelname aan de BeweegKuur:

- indien de indicatie (van leefstijladviseur én fysiotherapeut) 'opstartprogramma' of 'begeleid beweegprogramma' luidt, kan de deelnemer het geïndiceerde beweegprogramma bij de fysiotherapeut volgen;
- indien de indicatie voor het te volgen beweegprogramma van de leefstijladviseur afwijkt van de gestelde indicatie door de fysiotherapeut, vindt nader overleg plaats.
In dit geval stelt de leefstijladviseur uiteindelijk de definitieve indicatie vast.

Let op: de rol van 'directe toegankelijkheid oefentherapeut (DTO)' was bij het drukken van deze handleiding (voorjaar 2010) nog niet omschreven. Wellicht dat dit in de toekomst wel opgenomen wordt. Houd www.beweegkuur.nl in de gaten voor meer informatie.

5 Doelgroep: in- en exclusiecriteria BeweegKuur

Doel:

Vaststellen of deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur.

Betrokken disciplines:

huisarts (leefstijladviseur, fysiotherapeut);

Afhankelijk van de wijze waarop de deelnemer instroomt en de bestaande afspraken binnen de huisartsenpraktijk kunnen de leefstijladviseur en fysiotherapeut (bij instroom via DTF) onderdelen van de intake uitvoeren.

Benodigde instrumenten:

- BeweegKuur folder 'Zet uzelf in beweging! Informatie voor mensen die de BeweegKuur gaan volgen'.

De doelgroep is de persoon met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Deze worden beschreven door het Partnership Overgewicht Nederland (PON) en zijn weergegeven op de volgende bladzijde in Tabel 1.

5.1 Inclusiecriteria BeweegKuur

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

De volgende groep mensen voldoet aan de inclusiecriteria voor de BeweegKuur (zie Tabel 1):

1. personen met een BMI tussen 25 en 30 in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen) en/of comorbiditeit;
2. personen met een BMI tussen 30 en 35 ongeacht buikomvang, ongeacht comorbiditeit;
3. personen met een BMI tussen 35 en 40 ongeacht buikomvang, maar zonder comorbiditeit¹⁰;

De onderstaande criteria gelden voor alle deelnemers aan de BeweegKuur

4. gemotiveerd voor gedragsverandering;
5. 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).

In onderstaande tabel 1 is het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico weergegeven. Deze indeling wordt tevens gebruikt bij het toewijzen van een deelnemer in een beweegprogramma (zie voor de uitwerking hiervan hoofdstuk 6).

¹⁰ (hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose, slaap apneu)

Tabel 1 Niveau van gewichtsgelateerde gezondheidsrisico volwassenen

BMI	Buikomvang		Comorbiditeit		
	Normaal	Te groot*	Risicofactoren HVZ – DM**	Artrose en slaapapneu	DM - HVZ
25-30	-	verhoogd risico	hoog risico	zeer hoog risico	zeer hoog risico
30-35	verhoogd risico	verhoogd risico	hoog risico	zeer hoog risico	zeer hoog risico
35-40	zeer hoog risico	zeer hoog risico	zeer hoog risico	-	-
≥40	-	-	-	-	-

*Te groot: ≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen.

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

Op grond van de inclusiecriteria, contra-indicaties en de beweegscore beslist de huisarts of de patiënt in aanmerking komt voor de BeweegKuur. De huisarts schrijft het recept “BeweegKuur” uit en verwijst de deelnemer door naar de leefstijladviseur voor het eerste consult. De beweegscore (die voorafgaand aan het consult bij de huisarts wordt ingevuld) geeft een indicatie voor het huidige beweegniveau en de motivatie om hierin een verandering te realiseren.

5.2 Exclusiecriteria BeweegKuur

De huisarts beslist 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-ECG¹¹). De gebruikelijke richtlijnen en standaarden vormen hierbij de basis van zijn beslissing.

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

¹¹ Voor de afname van het I-ECG door een sportarts is momenteel geen vergoeding uit de basisverzekering beschikbaar.

6 Indicatiestelling

De begeleiding in de BeweegKuur wordt ingevuld met behulp van verschillende beweegprogramma's en een voedingsprogramma. De beweegprogramma's verschillen in de hoeveelheid begeleiding die geboden wordt door de fysiotherapeut. Voor meer informatie over de programma's wordt verwezen naar hoofdstuk 7 en 8.

Het verwijzen van patiënten naar deze programma's wordt indicatiestelling genoemd. Bij dit proces heeft de fysiotherapeut in *alle* beweegprogramma's een belangrijke adviserende rol. In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling beschreven en de rol die de fysiotherapeut heeft bij dit proces:

- Indicatiestelling
- Rol fysiotherapeut:
 - Intake
 - Submaximale inspanningstest
 - Advies

6.1 Indicatiestelling beweegprogramma

Afhankelijk van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico kan in het algemeen de volgende indeling gebruikt worden bij het toewijzen van een deelnemer in een beweegprogramma:

Tabel 2 Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico in relatie tot beweegprogramma

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

* Te groot: ≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen.

A. Mensen met een verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

Voor deze deelnemer is een lichte variant van een gecombineerde leefstijlinterventie geïndiceerd. Deze deelnemer kan bewegen in het zelfstandig beweegprogramma, waarbij de deelnemer zoveel mogelijk zelf aan de slag gaat met hulp van de leefstijladviseur.

B. Mensen met een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

Voor deze deelnemer is een intensievere variant van een gecombineerde leefstijlinterventie geïndiceerd. Deze deelnemer kan bewegen in het opstartprogramma, waarbij de deelnemer met hulp van de fysiotherapeut start met bewegen in het lokale beweegaanbod.

C. Mensen met een zeer hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

Voor deze deelnemer is een intensieve variant van een gecombineerde leefstijlinterventie geïndiceerd. Deze deelnemer kan bewegen in het begeleid beweegprogramma, waarbij de deelnemer onder begeleiding van de fysiotherapeut start met bewegen in de fysiotherapiepraktijk.

Op basis van de gegevens uit het gezondheidsprofiel en andere relevante factoren kan de leefstijladviseur echter afwijken van de algemene indeling.

Bij de indicatiestelling speelt het *stepped care-principe* voor alle betrokkenen een belangrijke rol. Dit principe gaat er vanuit dat in eerste instantie naar de minst ingrijpende, minst intensieve interventie (gezien de ernst van de aandoening) gegrepen wordt.

Alle deelnemers worden verwezen naar de fysiotherapeut voor een advies. Dit dient (o.a.) als input voor de indicatiestelling. De indicatiestelling voor de verschillende beweegprogramma's wordt uiteindelijk uitgevoerd door de leefstijladviseur in onderlinge afstemming met de deelnemer.

In 'Figuur 2 Indicatiestelling Beweegprogramma door LSA' is de indicatiestelling voor het beweegprogramma schematisch weergegeven. De leefstijladviseur verwijst tevens naar de diëtist voor het voedingsprogramma dat parallel loopt aan de indicatiestelling voor het beweegprogramma (zie Protocol BeweegKuur en handleiding diëtist op www.beweegkuur.nl voor meer informatie over het voedingsprogramma).

In lijn met het stepped care-principe evalueren de deelnemer en betrokken zorgverleners regelmatig of het gekozen beweegprogramma voldoet. Het advies is om hier vaste tijdstippen voor te plannen (een eerste keer na bijvoorbeeld 6-8 weken).

6.2 Rol van de fysiotherapeut

De fysiotherapeut verricht bij de indicatiestelling een intake en submaximale inspanningstest. Dit mondt uit in een advies over het te volgen beweegprogramma en het inspanningsniveau dat de deelnemer aan kan.

6.2.1 Intake

De intake heeft als doel het in kaart brengen van de wensen, kennis en mogelijkheden van de deelnemer. Hierbij wordt informatie uit de verwijsbrief van de leefstijladviseur gebruikt. Tijdens de intake kunnen diverse technieken uit Bijlage 4 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing)" gebruikt worden.

De intake bestaat (o.a.) uit:

- een analyse van eerdere ervaringen en de verwachtingen van de deelnemer;
- een inventarisatie van gedragsmatige 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;
- 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 (zie daarvoor 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.

6.2.2 Submaximale inspanningstest

Beweegvormen die met name een beroep doen op het uithoudingsvermogen staan vaak centraal in de BeweegKuur omdat ze relatief makkelijk zelfstandig uitgevoerd kunnen worden en ze een grote bijdrage leveren aan het gewenste energieverbruik. Het testen van het uithoudingsvermogen dient als basis voor het op maat adviseren m.b.t. het verbeteren van het uithoudingsvermogen.

In de BeweegKuur worden 3 inspanningstesten aanbevolen:

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

Zie bijlage 6 voor de uitvoering van de testen.

De keuze van de test gebeurt op basis 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 geadviseerd worden 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 wordt tevens verwezen naar bijlage 6.

6.2.3 Advies

Op basis van de informatie uit de intake en de submaximale inspanningstest wordt een advies uitgebracht aan de leefstijladviseur en de deelnemer. Dit advies bevat (o.a.) de volgende informatie:

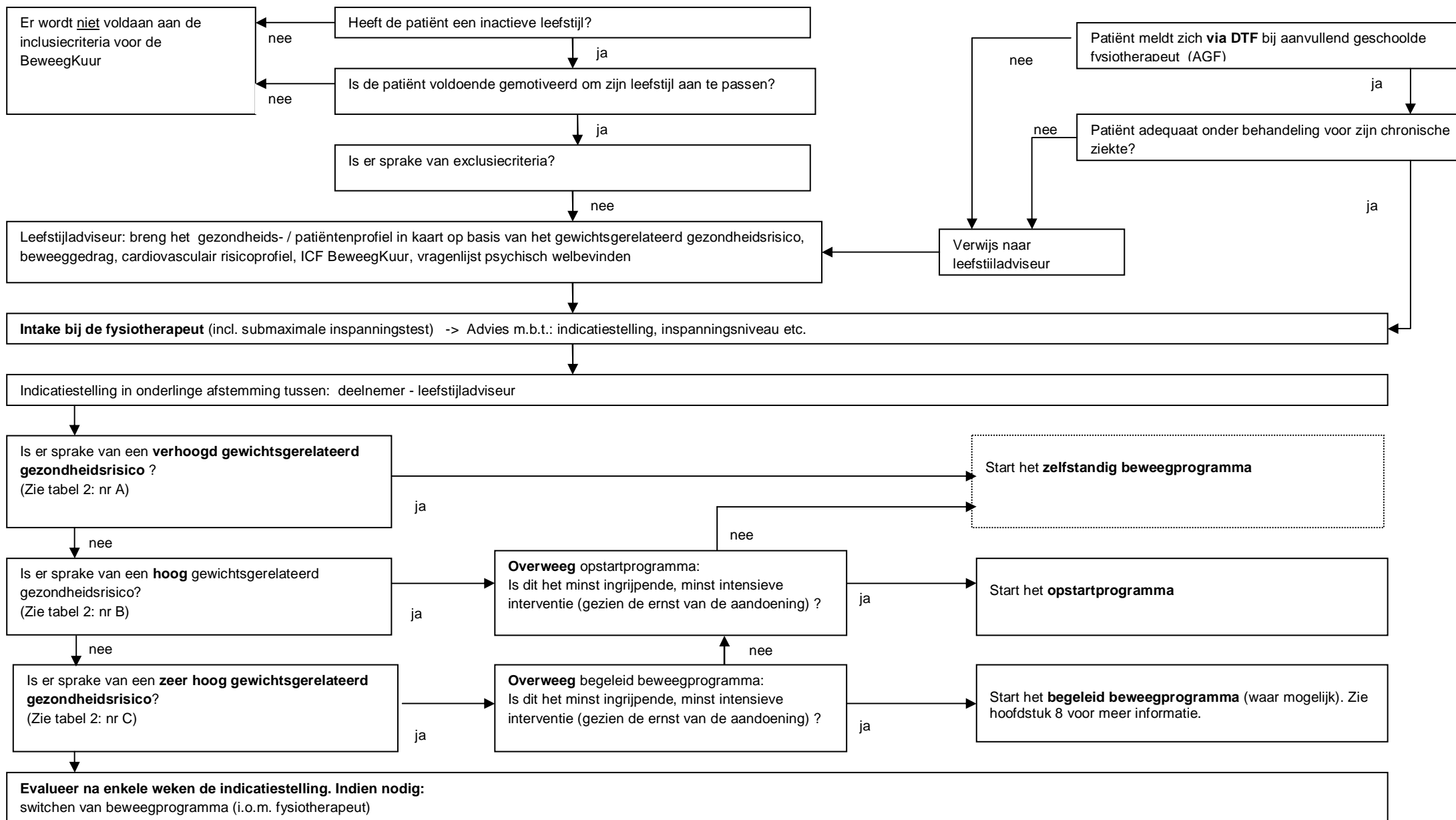
- een advies m.b.t. het te volgen beweegprogramma (rekening houdend met het *stepped-care principe*);
- het inspanningsniveau waarop gestart wordt en de wijze waarop dit opgebouwd kan worden
 - *Beweegvorm*
Beweegvormen die het uithoudingsvermogen aanspreken staan in het algemeen centraal in de BeweegKuur omdat ze o.a. leiden tot een hoog calorieverbruik, leiden tot vermindering van cardiovasculaire risicofactoren en makkelijk zelfstandig uitgevoerd kunnen worden.
Bijvoorbeeld: Starten met wandelen, fietsen, schoolslag zwemmen etc. Dit kan opgebouwd worden naar nordic walken, borstcrawl zwemmen etc.
 - *Duur*
Bijvoorbeeld: Start met 5-10 minuten. Indien er geen problemen optreden kan dit na 2 weken met 3 minuten verlengd worden.
 - *Intensiteit in MET*
Bijvoorbeeld: Start met 3-4 MET. Indien er geen problemen optreden kan dit na 3 weken verhoogd worden naar 4-5 MET.
 - *Frequentie*
Bijvoorbeeld: Start met 2-3x 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;
- gebruik in het advies geen vaktermen die voor je 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.

Figuur 2 Indicatiestelling Bewegingprogramma door LSA, AGF en deelnemer



7 Het zelfstandig beweegprogramma en opstartprogramma

In dit hoofdstuk worden, na een algemene inleiding, de beweegprogramma's afzonderlijk uitgewerkt, met uitgebreide beschrijving van de taken van de fysiotherapeut.

7.1 Inleiding

In de BeweegKuur kunnen de deelnemers in twee¹² verschillende programma's starten met bewegen te weten in een:

- zelfstandig beweegprogramma;
- opstartprogramma.

In overleg met de deelnemer en de fysiotherapeut bepaalt de leefstijladviseur na de intake en het advies (en eventueel DTF) van de fysiotherapeut in welk programma de deelnemer instroomt. Binnen elk beweegprogramma wordt vervolgens een patiëntspecifiek beweegplan opgesteld.

Doel

Het doel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door $\geq 5\%$ gewichtsreductie. Bewegen ondersteunt het behalen van deze gewichtsreductie. Het beweegprogramma is gericht op verantwoord, gezond en zelfstandig bewegen en het aannemen van een actieve leefstijl door het verhogen van de fysieke activiteit.

Beweegdosis

Binnen de BeweegKuur wordt een bepaalde beweegdosis nagestreefd om gezondheidswinst te bewerkstelligen. De beweegdosis geeft de hoeveelheid beweging aan die verricht dient te worden. Deze dosis bedraagt 1200-2000 kilocalorieën per week. Belangrijk hierbij is dat 1200 kcal/wk een minimaal en 2000 kcal/wk een optimaal energieverbruik is om gezondheidseffect te behalen. Het schatten van het energieverbruik bij krachttraining is erg onbetrouwbaar. De beweegdosis kwantificeert daarom alleen de duurinspanning. De beweegdosis hoeft niet onmiddellijk bij het starten met de BeweegKuur behaald te worden. Een geleidelijke opbouw naar deze dosis is vaak effectiever om deelnemers zonder problemen naar een blijvend hoger energieverbruik te loodsen.

Beweegplan en logboek

Door de keuze voor een beweegprogramma is de mate van begeleiding die een deelnemer nodig heeft vastgesteld. Door middel van het beweegplan wordt een individueel, op maat gemaakt plan opgesteld waarin de doelstellingen, beweegdosis en uit te voeren beweegactiviteiten beschreven worden (Het beweegplan wordt meer in detail toegelicht in hoofdstuk 9 Het beweegplan).

In het logboek BeweegKuur kan het beweegplan evenals de behandeldoelen genoteerd worden. De leefstijladviseur heeft in het eerste consult het logboek aan de deelnemer uitgelegd en meegegeven.

¹² Bij enkele (onderzoeks)locaties is een intensiever programma beschikbaar (het begeleid beweegprogramma). Dit programma wordt toegelicht in hoofdstuk 8, maar in deze handleiding verder buiten beschouwing gelaten.

Gedragsverandering

De BeweegKuur is een leefstijlinterventie waarin gedragsverandering een centrale plaats inneemt. De manier waarop de betrokken disciplines de deelnemer hierin coachen en begeleiden, is mede bepalend voor een geslaagde afloop van de interventie. Voor meer informatie over coaching en begeleiding zie Bijlage 4 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing).

7.2 Zelfstandig beweegprogramma

De fysiotherapeut heeft (buiten de indicatiestelling) geen rol in het zelfstandig beweegprogramma. In dit programma wordt de deelnemer door de leefstijladviseur begeleid bij het zelfstandig bewegen.

Om toch een goed beeld te schetsen van de inhoud van dit beweegprogramma en de plek binnen de BeweegKuur, wordt hier samengevat weergegeven wat de inhoud van het zelfstandig beweegprogramma is.

Het programma bestaat uit 8 consulten bij de leefstijladviseur. Tijdens de intake wordt het beweeggedrag, het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, het cardiovasculair risico en persoonsgebonden informatie op basis van ICF in kaart gebracht. Vervolgens wordt de deelnemer doorverwezen naar de fysiotherapeut voor het bepalen van de beweegmogelijkheden. De fysiotherapeut brengt een advies uit aan de leefstijladviseur over de duur, frequentie, intensiteit en vorm van bewegen die geschikt is voor deelnemer. Op basis hiervan maakt de leefstijladviseur een beweegplan, dat in het tweede consult besproken wordt. Vervolgens wordt de deelnemer in zes gesprekken begeleid bij het omgaan met belemmerende of beperkende factoren, het volhouden van de beweegactiviteiten, het aangepaste voedingspatroon en de integratie van het beweegplan in de dagelijkse routine. De activiteiten voor het beweegplan worden in overleg met de deelnemer gezocht en gevonden in het algemeen dagelijks leven (ADL) en in aansluiting met het lokale beweegaanbod. Daarbij wordt zo veel mogelijk aansluiting gezocht bij groepsactiviteiten.

De begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist. De leefstijladviseur verleent follow-up op de behandeling van de diëtist. Er worden groepsbijeenkomsten over voeding geïnitieerd voor alle BeweegKuur-deelnemers binnen een praktijk. Zowel op gebied van bewegen als voeding wordt dus zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij groepsactiviteiten.

7.3 Opstartprogramma

In dit deel worden achtereenvolgens de doelgroep, de contactfrequentie en, stapsgewijs, de taken van de fysiotherapeut in het opstartprogramma beschreven.

Eén en ander staat samengevat in het stroomschema in Bijlage 1 Stroomschema de fysiotherapeut en de BeweegKuur.

De begeleiding in dit programma bestaat uit een combinatie van coaching door de leefstijladviseur (intake en vijf follow-up consulten) en een opstartprogramma door de fysiotherapeut (intake, bespreken beweegplan en vier, mogelijk groepsgewijs, follow-up consulten). Voor het gehele programma wordt een eigen bijdrage van vijftien euro gevraagd van de deelnemer.

Na de intake bij de leefstijladviseur wordt de deelnemer doorverwezen naar de fysiotherapeut voor het bepalen van de beweegmogelijkheden. Deze inventariseert de startdrempels en onderzoekt op welke wijze de deelnemer hierbij geholpen kan worden. De fysiotherapeut stelt het beweegplan op en 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 weergegeven het aantal contacten met de deelnemer, de week waarin dit contact plaatsvindt, de actie die ondernomen wordt en de tijd die daaraan besteed wordt. De weeknummers waarin de contacten gepland zijn dienen enkel en alleen als 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.

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

7.4 De taken van de fysiotherapeut binnen het opstartprogramma

1. stellen van doelen;
2. het opstellen van een beweegplan;
3. verwijzen naar lokale sport- en bewegingsbegeleider;
4. follow-up;
5. einde fysiotherapeutische begeleiding.

7.4.1 Stellen van doelen

De begeleiding in het opstartprogramma wordt gestart met het stellen van fysiotherapeutische doelen. Indien nodig wordt hiervoor informatie uit de 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 dan gericht op het verminderen 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.

Noteer de fysiotherapeutische behandeldoelen in het logboek BeweegKuur (hoofdstuk 'Gegevens')

7.4.2 Opstellen van een beweegplan

Zie voor een uitgebreide beschrijving hoofdstuk 9 Het beweegplan.

7.4.3 Verwijzen naar lokale sport- en bewegingsbegeleider

Verwijs de deelnemer door indien hij gaat bewegen onder begeleiding van een lokale sport- en bewegingsbegeleider (zie Bijlage 2 Voorbeeld verwijsbrief BeweegKuur FT → sportbegeleider (fysiotherapeut → sport- en bewegingsbegeleider).

Zorg voor de volgende overdrachtgegevens:

- Doelstellingen;
- beweegplan;
- relevante medische gegevens.

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

7.4.4 Follow-up

Het doel van de follow-up contacten is het bestendigen van gedragsverandering en monitoren van de vooruitgang. Tijdens de follow-up kunnen diverse technieken uit Bijlage 4 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing) gebruikt worden.

De taken van de fysiotherapeut 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, met name het hoofdstuk 'Beweeglogboek');
- Advies m.b.t. blessurepreventie geven (bijv: warming up / cooling down, schoeisel etc.).

7.4.5 Einde fysiotherapeutische begeleiding

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

- De deelnemer overdragen aan de leefstijladviseur (zie ook Bijlage 3 Voorbeeld overdrachtbrief BeweegKuur fysiotherapeut → leefstijladviseur).
Zorg hierbij voor de volgende gegevens:
 - meest recente beweegplan (incl. beweegdosis);
 - relevante medische gegevens uit fysiotherapeutisch onderzoek / testen;
 - informatie over de voortgang en motivatie van de deelnemer.
- Indien van toepassing: de deelnemer overdragen aan de sport- en bewegingsbegeleider.
Zie: § 7.4.3 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.

8 Begeleid beweegprogramma

Indien in uw regio het begeleid beweegprogramma niet aangeboden kan worden, kunt u dit laatste hoofdstuk als extra informatie beschouwen.

Het stroomschema voor het begeleid beweegprogramma is opgenomen in bijlage 9.

8.1 *Begeleid beweegprogramma binnen de BeweegKuur*

In dit hoofdstuk is het begeleid beweegprogramma beschreven, een programma dat de deelnemer meer beweegdeskundige begeleiding biedt dan het opstartprogramma. Dit programma wordt echter op kleine schaal uitgevoerd binnen de regio's die werken met de BeweegKuur. Omdat de kosteneffectiviteit van het begeleid beweegprogramma nog niet aangetoond kan worden, is grootschalige implementatie van dit programma vooralsnog niet mogelijk. In 2010 start op enkele locaties een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van het begeleid beweegprogramma. Onder andere op basis van de onderzoeksresultaten zal opnieuw bekeken worden welke mogelijkheden er zijn voor brede implementatie van dit begeleid beweegprogramma.

Hoewel uitvoering van het begeleid beweegprogramma momenteel niet uit subsidiegelden bekostigd kan worden (m.u.v. de pilotlocaties voor het kosteneffectiviteitonderzoek) is de opzet van dit programma wel uitgebreid beschreven in dit hoofdstuk.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de deskundigheid van de fysiotherapeut, doelgroep, de contactfrequentie en, stapsgewijs, de taken van de fysiotherapeut binnen het 'begeleid beweegprogramma' beschreven.

In bijlage 6 wordt aandacht besteedt aan de gebruikte testen. Bijlage 8 gaat vervolgens in op het opstellen van een begeleid trainingsprogramma.

Doel

Het doel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door $\geq 5\%$ gewichtsreductie. Bewegen ondersteunt het behalen van deze gewichtsreductie. Het beweegprogramma is gericht op verantwoord, gezond en zelfstandig bewegen en het aannemen van een actieve leefstijl door het verhogen van de fysieke activiteit.

Deskundigheid

Voor de uitvoering van beweeginterventies voor chronisch zieken zijn door de KNGF vijf KNGF-Standaard Beweeginterventies voor chronische aandoeningen opgesteld. Het Begeleid beweegprogramma berust grotendeels op 1 van deze standaarden: de KNGF-beweegstandaard diabetes type 2.

Fysiotherapeuten die het begeleid beweegprogramma van de BeweegKuur willen uitvoeren dienen aanvullend geschoold te zijn en kennis te hebben genomen van de KNGF standaard 'Beweeginterventie Diabetes Mellitus type 2'. We spreken derhalve binnen de BeweegKuur over fysiotherapeuten met aanvullende scholing. Voor deze zorgverlener is een specifiek competentieprofiel ontwikkeld. Dit is te downloaden van www.beweegkuur.nl.

Zorgverleners die het begeleid beweegprogramma uit willen voeren, dienen hiervoor aanvullend geschoold te zijn. Deze scholing is vooralsnog specifiek toegesneden op fysiotherapeuten. Daarom heeft de oefentherapeut vooralsnog geen mogelijkheid om dit programma uit te voeren.

Welke deelnemers komen in het begeleid beweegprogramma terecht?

Voor de indicatiestelling zijn 'handvaten' opgesteld als maat en houvast bij dit proces. Hierbij wordt geadviseerd om mensen met een zeer hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico in te laten stromen in het begeleid beweegprogramma. De indicatiestelling voor de verschillende beweegprogramma's wordt uitgevoerd door de leefstijladviseur in onderlinge afstemming met de deelnemer. Het advies van de fysiotherapeut dient als input voor de indicatiestelling. Zie hoofdstuk 6 voor meer informatie over de indicatiestelling.

Contactfrequentie

In onderstaande tabel zijn weergegeven de contactfrequentie met de deelnemer, de actie die ondernomen wordt en de tijd die daaraan besteed wordt. In tegenstelling tot het opstartprogramma ligt de planning van de contactmomenten in dit programma vast. Ter indicatie zijn de contactmomenten bij de leefstijladviseur aangegeven. Parallel aan de genoemde contactmomenten bezoekt de deelnemer ook de groepsvoorlichting op het gebied van voeding of heeft individuele consulten bij de diëtist. Vanaf week 6 wordt de frequentie van het begeleid bewegen verminderd 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 (bijv. met behulp van hartfrequentiemeting, wattagemeting etc.) mogelijk is, kan het bestaande begeleid trainingsprogramma gecontinueerd worden. Is bovenstaande niet mogelijk, dan dienen in het beweegplan zelfstandige activiteiten opgenomen te worden. De deelnemer registreert zijn activiteiten in het logboek BeweegKuur.

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
Indicatiestelling Beweegprogramma					
-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			

Het begeleid beweegprogramma duurt 12 weken. Na deze periode vindt er uitstroom plaats naar het lokale sportaanbod tenzij langere begeleiding geïndiceerd is. De onderdelen van het begeleid beweegprogramma komen in de volgende paragraaf uitgebreid aan bod.

8.2 De taken van de fysiotherapeut binnen het begeleid beweegprogramma:

1. intake aanvullen & stellen van doelen;
2. opstellen van een beweegplan;
3. opstellen van een begeleid trainingsprogramma;
4. individuele Begeleiding;
5. groepstraining;
6. verlengen fysiotherapiebegeleiding (van 12 naar 16 weken);
7. start lokaal aanbod;
8. follow-up;
9. einde fysiotherapeutische begeleiding.

8.2.1 Intake aanvullen & stellen van doelen

- In tegenstelling tot de overige programma's is in het begeleid beweegprogramma tevens krachttraining opgenomen. Daarvoor 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.

- Tevens worden doelen vastgesteld. 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 dan 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;
 - Noteer de fysiotherapeutische behandeldoelen in het logboek BeweegKuur (hoofdstuk 'Gegevens').

8.2.2 Opstellen van een beweegplan

Zie voor een uitgebreide beschrijving hoofdstuk 9 Het beweegplan.

8.2.3 Opstellen van een begeleid trainingprogramma

Bij het begeleid beweegprogramma wordt er altijd een begeleid trainingsprogramma opgesteld, zie hiervoor bijlage 8. De testen van het begeleid trainingsprogramma worden tijdens de intake uitgevoerd.

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 wordt dit door de leefstijladviseur, voorafgaand aan doorverwijzing naar de fysiotherapeut gedaan en komen deze taken voor hem te vervallen.

8.2.4 Individuele begeleiding

Voor aanvang van de groepstraining worden twee individuele contactmomenten gepland. Deze momenten worden gebruikt om een probleemloze start in de groepstrainingen te waarborgen. De deelnemer kan zo bijvoorbeeld vast wennen aan de oefeningen en de intensiteit van het trainingsprogramma kan indien nodig bijgesteld worden.

8.2.5 Groepstraining

Zie voor een uitgebreide beschrijving Bijlage 7 Begeleid trainingsprogramma.

8.2.6 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 verwacht wordt dat de deelnemer de bovenstaande 2 punten wel kan bereiken door middel van 4 weken extra begeleiding wordt het bewegen bij de fysiotherapeut verlengd tot 16 weken. De eigen bijdrage van de deelnemer wordt bij een verlenging verhoogd van in totaal € 45,- naar € 60,-.

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 (van training (sopbouw) / blessurepreventie / lokale sport- en bewegingsaanbod) en inzicht in eigen mogelijkheden heeft 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 dient op basis van zijn competenties te beslissen of een deelnemer voldoet aan bovenstaande criteria. Tevens maakt hij gebruik van:

- 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. Zij bekijkt dan in overleg met de deelnemer hoe zijn leefstijl zoveel mogelijk geoptimaliseerd kan worden.

Ga dan in deze handleiding verder bij: § 8.2.9 Einde fysiotherapeutische begeleiding.

8.2.7 Start lokaal aanbod

Het is niet noodzakelijk de overgang naar het lokale sportaanbod pas na afloop van de fysiotherapeutische begeleiding te laten plaatsvinden. Indien mogelijk kan de deelnemer ook al eerder starten met zelfstandig bewegen. Dit kan plaats vinden naast de contactmomenten bij de fysiotherapeut.

De taken van de fysiotherapeut in deze fase zijn:

- opnieuw vaststellen welke beweegactiviteiten de deelnemer zelfstandig gaat doen. Gebruik hierbij opnieuw de sociale kaart en de gegevens die eerder in de intake verzameld zijn;
- het beweegplan (zie hoofdstuk 9 Het beweegplan) aanpassen aan de beweegactiviteiten die gestart gaan worden in het lokale aanbod;
- Het trainingsprogramma aanpassen indien het mogelijk is om dit voort te zetten. Voorwaarden hierbij zijn 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 betaling bewegen bij de fysiotherapeut;

- Verwijs de deelnemer, indien van toepassing, door naar een sport- en beweegbegeleider (zie Bijlage 2 Voorbeeld verwijsbrief BeweegKuur FT → sportbegeleider (fysiotherapeut → sport- en bewegingsbegeleider);

Zorg hierbij voor de volgende overdrachtgegevens:

- doelstellingen;
- relevante medische gegevens.
- Faciliteer een vloeiende overgang naar het lokale beweegaanbod. Denk hierbij aan: het samen met de deelnemers bezoeken van lokale beweegmogelijkheden of het uitnodigen van vertegenwoordigers van lokale beweegactiviteiten in de fysiotherapiepraktijk.

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

8.2.8 Follow-up

Tijdens de follow-up kunnen diverse technieken uit Bijlage 4 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing) gebruikt worden.

De taken van de fysiotherapeut gedurende deze contacten 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 4 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel*;
- duurtraining verzwaren door in eerste instantie de trainingstijd en later de trainingsintensiteit te verlengen.

Indien een begeleid trainingsprogramma opgesteld is:

- 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');
- 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 verbeteren van het cardiovasculair risicoprofiel overblijft, kan volstaan worden met een lagere intensiteit dan in *Tabel 3 Metabole equivalenten van enkele activiteiten*, aangegeven wordt.

Als richtlijn kunnen de volgende trainingsparameters genomen worden:

frequentie → dagelijks, volume → >30min, intensiteit → 40-55% VO₂max.

Het is hierbij van belang om wel de beweegdosis te blijven behalen.

- 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, met name het hoofdstuk 'beweeglogboek');
- Advies m.b.t. blessurepreventie geven (denk aan: warming up / cooling down, schoeisel etc.).

8.2.9 Einde fysiotherapeutische begeleiding

Na 12 of 16 weken wordt de fysiotherapeutische begeleiding gestopt. 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:

- Draag de deelnemer over aan de leefstijladviseur (zie bijlage Bijlage 3 Voorbeeld overdrachtbrief BeweegKuur fysiotherapeut → leefstijladviseur).

Zorg hierbij voor de volgende gegevens:

- meest recente beweegplan (incl. beweegdosis);
- relevante medische gegevens uit fysiotherapeutisch onderzoek / testen;
- informatie over de voortgang en motivatie van de deelnemer.

- 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 zoals: “let op juiste tiltechniek” bij mensen met lage rugklachten.

Voorbeeld

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_{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 bijlage 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 je verstrekt heeft zit o.a. het resultaat van het cardiovasculair risicoprofiel (≥ 10 risico op sterfte door HVZ). Er wordt kortom gewerkt met programma C2.
- De soort oefeningen worden gekozen in overleg met de deelnemer en met het oog op het zelfstandig sporten (wandelen en fietsen):
 - *Cardio*: fietsen, crosstrainen, 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 → 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 zullen stapje voor stapje opgebouwd gaan worden. Aangeraden wordt 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 4 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel*.

- Het begeleid trainingsprogramma wordt in het beweegplan opgenomen.

Voorbeeld Begeleid Trainingsprogramma

Naam deelnemer:	Voorbeeld
Datum:

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	Analog aan legpress berekenen
3	Oefentol	2*20 sec	-
Opmerkingen/ afspraken:			
Let op: gebruik een lichte versnelling bij het fietsen!!			

9 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 (hoofdstuk 'Beweegplannen').

Voor het opstellen van het beweegplan is een excelbestand te downloaden (<http://www.beweegkuur.nl/professional/zorgverleners.html>) waarmee een beweegplan opgesteld kan worden.

- 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*)
- 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 caloriecalculator;
(*zie <http://www.calorielijst.nl/calculators/calorieverbruik>*)
- een te downloaden caloriecalculator;
(*via www.diabetes2.nl*)
- MET-lijsten.
(*zie 'Berekenen van het energieverbruik tijdens inspanning' hieronder*)

De digitale caloriecalculators zijn een handig hulpmiddel, echter indien het niet mogelijk is om deze digitale calculators te downloaden is het tevens mogelijk handmatig het energieverbruik te berekenen.

Let op: bovenstaande methoden geven slechts een schatting van het energieverbruik. Momenteel zijn echter geen nauwkeurigere en tegelijkertijd hanteerbare methoden beschikbaar.

Handmatig berekenen van het energieverbruik tijdens inspanning

In onderstaande 'Tabel 3 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 O₂ / 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.

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

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 VO₂max (uitgedrukt in: ml O₂ / kg / min) ingevuld. Een schatting van de maximale MET kan een hulpmiddel zijn om te bepalen op welke MET een deelnemer kan gaan bewegen.

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

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 3 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 caloriecalculator gebruikt worden). Bovenstaande vergelijking wordt toegepast:

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

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

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.

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

4. Het aantal minuten per training in het Beweegplan 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 beweegplan (beweegplan 2).

Voorbeeld beweegplan 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
			Totaal 700 kcal
Opmerkingen Let op: gebruik een lichte versnelling bij het fietsen!			

Voorbeeld beweegplan 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
			Totaal 800 kcal
Opmerkingen Let op: gebruik een lichte versnelling bij het fietsen!			

Tabel 3 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, basketball, 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, verhuisswerk 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

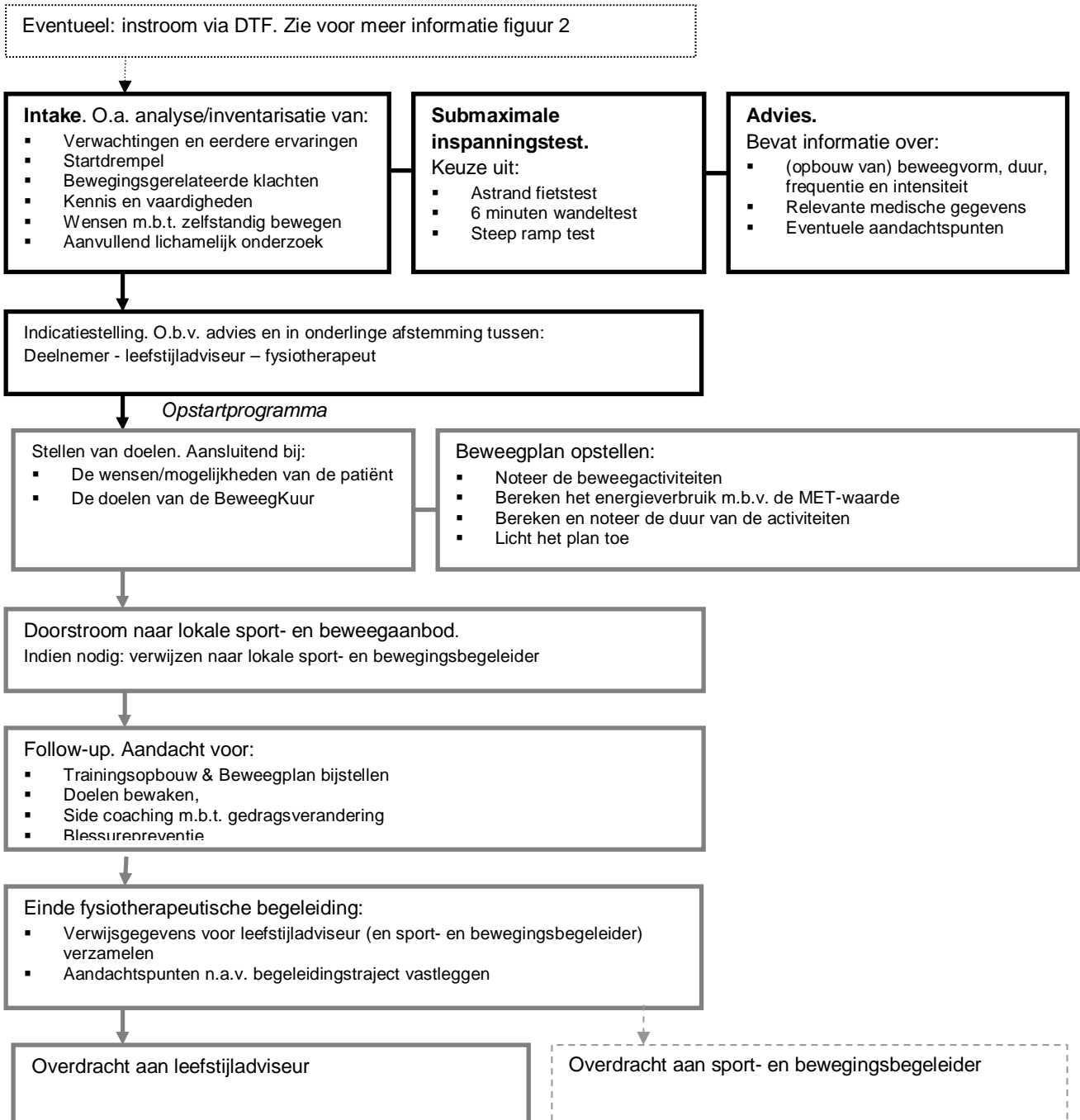
Bijlagen

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

- Bijlage 1: Stroomschema de fysiotherapeut in de BeweegKuur
- Bijlage 2: Voorbeeld verwijsbrief BeweegKuur
(fysiotherapeut → sport- en bewegingsbegeleider)
- Bijlage 3: Voorbeeld overdrachtsbrief BeweegKuur (fysiotherapeut → leefstijladviseur)
- Bijlage 4: Begeleiding en Coaching (Motivational Interviewing)
- Bijlage 5: Testen
- Bijlage 6: Inspanningsbeperking
- Bijlage 7: Begeleid Trainingsprogramma
- Bijlage 8: Stroomschema de fysiotherapeut en het begeleid beweegprogramma.

Bijlage 1 Stroomschema de fysiotherapeut en de BeweegKuur

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



Bijlage 2 Voorbeeld verwijfsbrief BeweegKuur FT → sportbegeleider

(fysiotherapeut → sport- en bewegingsbegeleider)

naam fysiotherapeut:		naam deelnemer:	
adres:		geboortedat./geslacht:	M / V
postcode en plaats:			
telefoon:		adres:	
E-mail:		postcode en plaats:	
		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 3 Voorbeeld overdrachtbrief BeweegKuur 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			
Hulpvraag:			
FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK			
Stoornis:			
Beperking:			
Handicap:			
Testgegevens:			
FYSIOTHERAPEUTISCHE DOELEN			
ADVIES BEWEEGPROGRAMMA			
Beweegprogramma:			
<input type="checkbox"/> Zelfstandig programma			
<input type="checkbox"/> Opstartprogramma			
<input type="checkbox"/> Begeleid Beweegprogr. (eventueel verlenging o.b.v.):			
BEHANDELVERLOOP			
Bijzonderheden behandelverloop:			
MOTIVATIE DEELNEMER			
Aandachtspunten m.b.t. motivatie:			
ZELFSTANDIG BEWEGEN			
Beweegactiviteiten die zelfstandig verricht gaan/kunnen worden (type activiteit, duur, frequentie):			
VRAAGSTELLING (indien van toepassing)			
Besproken met deelnemer:			
met collegiale groet,			

Bijlage 4 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 directe, 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 deelnemergericht. 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 empathisch

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.

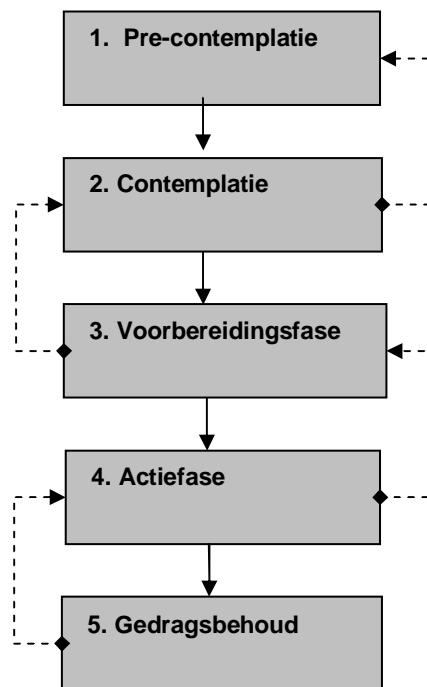
Samenvattend: De fysiotherapeut werkt samen met de deelnemer om de vereiste motivatie van de deelnemer te ontwikkelen zodat de deelnemer geïnspireerd is om zijn gedrag te veranderen. De nadruk ligt hierbij op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de deelnemer om de overeengekomen doelen 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 effectiviteitverwachting 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, 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.

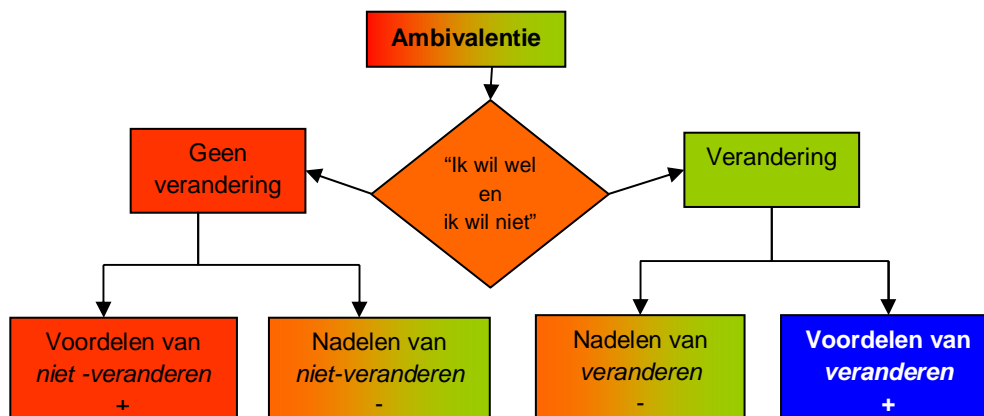
NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. De fysiotherapeut kan geen Stages of Change behandeling 'doen' met deelnemers!

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 kleinst mogelijke verandering in de gewenste richting met het grootst 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 veranderinguitspraken

Veranderinguitspraken 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 volgend 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).

Bijlage 5 Testen

Inspanningstesten

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 geijkt 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.

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.

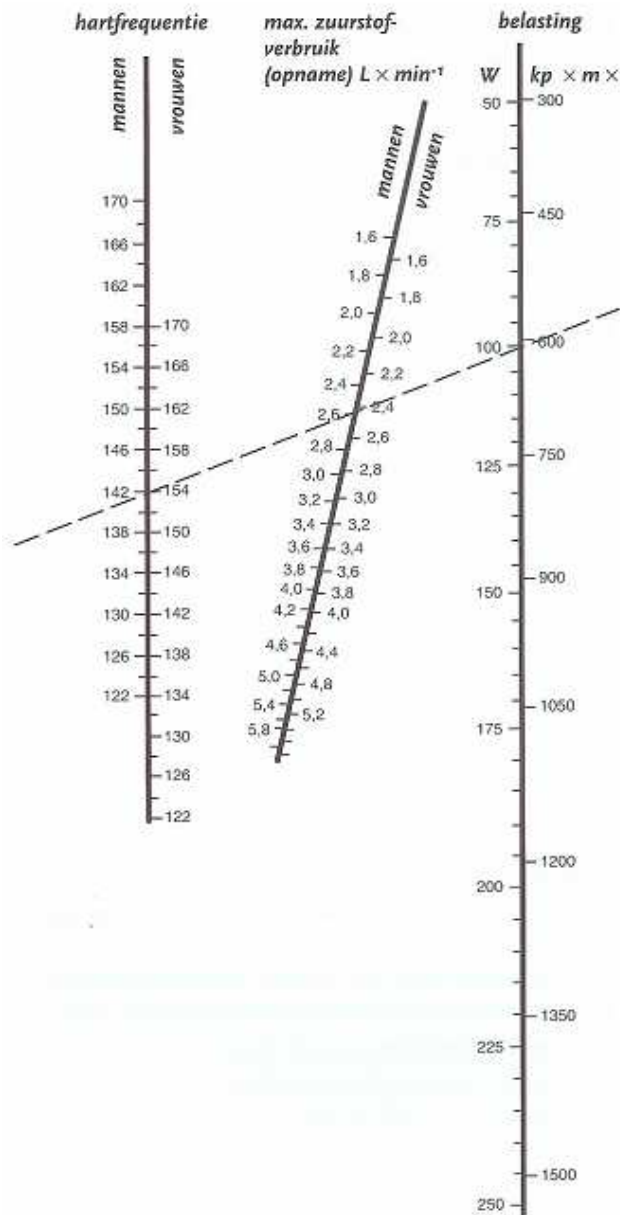
Beslis of het voor de patiënt verantwoord is om de fietstest uit te voeren.

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. Vermenigvuldig dan het maximale zuurstofverbruik met de correctiefactor die achter de leeftijd gegeven staat.



¹ 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 3 Metabole equivalenten van enkele activiteiten* kan vervolgens een MET-waarde toegekend worden voor het beweegplan.

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 BewegingKuur.

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, aeroob 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 3 Metabole equivalenten van enkele activiteiten*.

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 ($Hf_{\max} < 85\% Hf_{\max(\text{verwacht})}$ waarbij $Hf_{\max(\text{verwacht})} = 207 - 0.7 \times \text{leeftijd}$).

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 ($W_{\text{SteepRamp}}$) en bereken het wattage dat op basis van de steep ramp test gebruikt gaat worden bij het bepalen van de trainingsintensiteit (W_{\max}):

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

Interpretatie van de meetresultaten voor het advies

Relateer W_{\max} aan een maximale MET-waarde met behulp van *Tabel 3 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:

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

Bijlage 7 Begeleid trainingsprogramma

7.1. 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.

7.2. Het begeleid trainingsprogramma

Het opstellen van het trainingsprogramma gebeurt aan de hand van de *Tabel 3 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 4 Basiselementen en globale opbouw trainingsprogramma gedifferentieerd naar patiëntenprofiel*.

- **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 duurstressing 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 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing).

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

Bijlage 8 Stroomschema de fysiotherapeut en het begeleid bewegprogramma

