

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 LEEFSTIJLADVISEUR

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

VWF's



Colofon

Titel: 'Handleiding BeweegKuur' voor de leefstijladviseur
Subtitel: Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelings)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl.
Versie: 1.1.

Redactie:

Mevr. L. Butselaar
Mevr. B. van der Poel
Mevr. drs. E. van Ballegooie
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. drs. 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.....	6
1 DE BEWEEGKUR ALS GECOMBINEERDE LE EFSTIJLINTERVENTIE.....	7
2 DESKUNDIGHEID EN SAMENWERKING VAN DE ZORGVERLENERS.....	10
2.1 DESKUNDIGHEID VAN BETROKKEN ZORGVERLENERS	10
2.2 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING.....	10
2.2.1 <i>De rol van de leefstijladviseur.....</i>	<i>11</i>
2.2.2 <i>De rol van de fysiotherapeut.....</i>	<i>11</i>
2.2.3 <i>De rol van de diëtist</i>	<i>12</i>
2.2.4 <i>Multidisciplinaire aanpak</i>	<i>12</i>
2.2.5 <i>Praktijkondersteuner, diëtist of fysiotherapeut als leefstijladviseur</i>	<i>12</i>
3 BEWEEG- EN VOEDINGSPROGRAMMA NADER UITGEWERKT	13
3.1 BEWEEGPROGRAMMA'S	13
3.1.1 <i>Zelfstandig Beweegprogramma.....</i>	<i>14</i>
3.1.2 <i>Opstartprogramma.....</i>	<i>14</i>
3.1.3 <i>Begeleid beweegprogramma.....</i>	<i>14</i>
3.2 VOEDINGSPROGRAMMA	16
3.3 LEEFSTIJLADVISEUR VAST AANSPREEKPUNT.....	17
4 TRAJECTBESCHRIJVING BEWEEGKUR.....	18
5 INSTROOM.....	20
5.1 INSTROOM.....	20
5.2 INSTROOM VIA DIRECTE TOEGANKELIJKHEID FYSIOTHERAPIE (DTF)	20
6 STAP 1 INTAKE EN DOORVERWIJZING NAAR LEEFSTIJLADVISEUR	22
6.1 DOELGROEP, IN- EN EXCLUSIECRITERIA BEWEEGKUR	22
6.2 INCLUSIECRITERIA BEWEEGKUR	22
6.3 EXCLUSIECRITERIA BEWEEGKUR.....	23
6.4 BEWEEGSCORE	23
6.5 VERWIJZING DOOR HUISARTS	23
7 STAP 2: CONSULTEN EN BEGELEIDING LEEFSTIJLVERANDERING.....	24
7.1 VOORBEREIDING VAN HET EERSTE CONSULT	25
7.2 EERSTE EN TWEEDE CONSULT LEEFSTIJLADVISEUR.....	26
7.3 HET EERSTE CONSULT	27
7.3.1 <i>Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico in kaart brengen</i>	<i>27</i>
7.3.2 <i>Gezondheidsprofiel in kaart brengen</i>	<i>27</i>
7.3.3 <i>Doelen 'BeweegKuur' vaststellen</i>	<i>28</i>
7.3.4 <i>Informatie verstrekken over BeweegKuur-traject.....</i>	<i>29</i>
7.3.5 <i>Informatie verstrekken over eigen bijdrage deelnemer.....</i>	<i>30</i>
7.3.6 <i>Doorverwijzen naar fysiotherapeut voor indicatiestelling beweegprogramma</i>	<i>30</i>
7.3.7 <i>Doorverwijzen naar diëtist voor een individueel consult</i>	<i>33</i>
7.3.8 <i>Informatie verstrekken over vervolgconsult:.....</i>	<i>34</i>
7.3.9 <i>Vervolgcontacten plannen.....</i>	<i>34</i>
7.3.10 <i>BeweegKuur-materialen meegeven.....</i>	<i>35</i>
7.3.11 <i>Invullen deelnemerregistratieformulier</i>	<i>35</i>

7.4	HET TWEEDE CONSULT	35
7.4.1	<i>Opstellen individueel beweegplan met zelfstandige beweegactiviteiten</i>	36
7.4.2	<i>Doorverwijzen naar lokale sport-/bewegingsbegeleider</i>	37
7.5	VERVOLGCONSULTEN EN BEGELEIDING GEDURENDE HET TRAJECT	38
7.5.1	<i>Aantal vervolgconsulten</i>	38
7.6	BESPREEKPUNTEN VERVOLGCONSULTEN.....	39
7.6.1	<i>Begeleiding bij gedragsverandering</i>	39
7.6.2	<i>Het beweeg- en voedingsplan en logboek</i>	39
7.6.3	<i>In kaart gebrachte gezondheidsprofiel</i>	40
7.6.4	<i>Follow-up op de voedingsadviezen van de diëtist</i>	40
7.6.5	<i>Follow-up op de fysiotherapeutische begeleiding (indien van toepassing)</i>	41
7.6.6	<i>Coördinatie en checken voortgang BeweegKuur</i>	41
7.7	STAP 3: EINDE BEWEEGKUUR.....	42
7.7.1	<i>Evaluatie</i>	42
7.7.2	<i>Follow-up</i>	43
8	BEGELEIDING EN COACHING (MOTIVATIONAL INTERVIEWING).....	45
9	HET OPSTELLEN VAN EEN BEWEEGPLAN.....	57
10	MATERIALEN BEWEEGKUUR.....	62
10.1	OVERZICHT CONTACTFREQUENTIE	62
10.2	DE BEWEEGSCORE	65
10.3	VRAGENLIJST BEWEEGGEDRAG	67
10.4	DE ICF BEWEEGKUUR	68
10.5	VERKLARING DEELNEMER:	72
10.6	WHO (VIJF) WELZIJNSINDEX (1999 VERSIE)	73
10.7	CHECKLISTEN LEEFSTIJLADVISEUR.....	74
10.7.1	<i>Checklist: Voorbereiding intake BeweegKuur</i>	75
10.7.2	<i>Checklist eerste consult</i>	76
10.7.3	<i>Checklist tweede consult</i>	77
10.7.4	<i>Checklist vervolgconsulten</i>	77
10.8	VERWIJSBRIEF BEWEEGKUUR (LEEFSTIJLADVISEUR → DIËTIST).....	78
10.9	VERWIJSBRIEF BEWEEGKUUR (LEEFSTIJLADVISEUR → FYSIOTHERAPEUT)	79
10.10	VERWIJSBRIEF BEWEEGKUUR (LEEFSTIJLADVISEUR → SPORT- EN BEWEGINGSBEGELEIDER)	80
10.11	OVERDRACHTBRIEF BEWEEGKUUR FYSIOTHERAPEUT → LEEFSTIJLADVISEUR	81
	<i>Figuur 1 Algemeen stroomdiagram BeweegKuur</i>	19
	<i>Figuur 2 Indicatiestelling Beweegprogramma door LSA, AGF en deelnemer</i>	32
	<i>Figuur 3 De taken van de leefstijladviseur binnen de BeweegKuur</i>	44
	<i>Tabel 1 Niveau van gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico volwassenen</i>	23
	<i>Tabel 2 Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico in relatie tot beweegprogramma</i>	27
	<i>Tabel 3 Metabole equivalenten van enkele activiteiten</i>	60
	<i>Tabel 4 Contactfrequenties verschillende programma's</i>	63

Inleiding

Beste leefstijladviseur,

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

Het *“Protocol BeweegKuur voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgerelateerd 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. Het is aan te bevelen om het *“Protocol BeweegKuur”* voorafgaand aan bestudering van de handleiding te lezen.

Op de website www.beweegkuur.nl/inlog van het NISB, is het *“Protocol Beweegkuur”* te downloaden. Daarnaast is aanvullende informatie te vinden zoals de wetenschappelijke onderbouwing en referenties, informatie over 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. Obesitas en leefstijl; 2. Diabetes en leefstijl; 3. Het belang van bewegen voor mensen met een hoog gezondheidsrisico, 4. Voedingsadviezen; 5. Aandachtsgebieden binnen de BeweegKuur zijn ook de materialen zoals o.a. het logboek BeweegKuur en de informatiefolders te vinden die gebruikt worden binnen de BeweegKuur.

In deze handleiding wordt 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 zijn de verschillende beweegprogramma's en het voedingsprogramma nader toegelicht en is aandacht besteed aan de rol van de leefstijladviseur hierin en het aantal consulten van de verschillende disciplines.

De eerste 3 hoofdstukken kunnen gezien worden als basisinformatie (in combinatie met het *“Protocol Beweegkuur”*). In hoofdstuk 4 t/m 7 komt het traject van de BeweegKuur aan de orde. In hoofdstuk 5 is aandacht besteed aan de instroom via de huisartsenzorg, de instroom via Direct toegankelijkheid fysiotherapie (DTF). In hoofdstuk 6 en 7 is uitgebreid aandacht besteed aan de intake, de indicatiestelling, de vervolgconsulten en het einde van de BeweegKuur. In de hoofdstukken 8 en 9 is informatie opgenomen over begeleiding en coaching en het opstellen van een beweegplan. Tot slot is in hoofdstuk 10 een aantal materialen opgenomen.

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. Onderzoek² toont aan dat door een gezonde leefstijl positieve effecten behaald kunnen worden in termen van gezondheidswinst.

Specifiek wordt in navolging van de CBO richtlijn³ 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 comorbiditeit⁴.

Voor allen geldt dat men gemotiveerd is voor gedragsverandering én een inactieve leefstijl hebben. De inclusie- en exclusiecriteria worden uitgebreid beschreven § 6.1.

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 fysiotherapeut⁵;
3. begeleid beweegprogramma; (tijdelijk) bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut⁶.

² RIVM onderzoek kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvies

³ CBO richtlijn 'diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'

⁴ (hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose, slaap apneu)

⁵ Of oefentherapeut indien deze voldoet aan het competentieprofiel

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 het voedingsprogramma worden alle deelnemers door de leefstijladviseur doorverwezen 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 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.

⁶ Het begeleid beweegprogramma is in 2010 slechts op enkele locaties beschikbaar ivm een lopend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van dit beweegprogramma

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 werkterreinen 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 leefstijladviseurs is een competentieprofiel opgesteld waaraan zij dienen te voldoen.

Voor de fysiotherapeut betekent het een beperkte aanvulling op het huidige takenpakket. Fysiotherapeuten die beweegprogramma's van de BeweegKuur willen uitvoeren dienen aanvullend geschoold te zijn. We spreken derhalve binnen de BeweegKuur over fysiotherapeuten 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 hem ⁷ 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.

⁷ Bij verwijzing naar personen wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm bedoeld

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.

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.

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.

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 Beweeg- en voedingprogramma nader uitgewerkt

In dit hoofdstuk komen de verschillende programma's aan de orde waarbij aandacht besteed wordt aan het doel, de globale invulling van de programma's met daarbij het aantal consulten.

3.1 Beweegprogramma's

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

- zelfstandig beweegprogramma;
- opstartprogramma;
- begeleid beweeg programma (wordt slechts op enkele (onderzoekslocaties) uitgevoerd).

De indicatiestelling voor het beweegprogramma is beschreven in §6.1 en § 7.3.6

“Doorverwijzen naar fysiotherapeut voor indicatiestelling beweegprogramma”.

De leefstijladviseur (in overleg met de fysiotherapeut bij instroom via DTF zie § 5.2) bepaalt, in overleg met de deelnemer in welk programma hij instroomt. Het advies van de fysiotherapeut dient als input voor deze indicatiestelling. zie ook § 7.3.6). Binnen elk beweegprogramma wordt vervolgens voor iedere deelnemer een specifiek beweegplan opgesteld.

Doel

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

Het beweegprogramma is gericht op verantwoord, gezond, plezierig en zelfstandig bewegen en het aannemen van een actieve leefstijl. Daarbij wordt het ondersteunen en handhaven van gewichtsverlies én het verbeteren van lichamelijke fitheid door het verhogen van de fysieke activiteit nagestreefd.

Beweegdosis

Binnen de BeweegKuur wordt een bepaalde beweegdosis nagestreefd om gezondheidswinst te bewerkstelligen. De beweegdosis geeft de hoeveelheid beweging aan die verricht moet worden. Deze dosis bedraagt 1.200 tot 2.000 kilocalorieën per week. Belangrijk hierbij is dat 1.200 kcal/wk een minimaal en 2.000 kcal/wk een optimaal energieverbruik is om gezondheidseffect te behalen. 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

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).

Blessurepreventie

Blessurepreventie komt aan de orde in de begeleiding door de leefstijladviseur, fysiotherapeut en sport- en bewegingsbegeleider. Zij besteden onder andere aandacht aan de opbouw van de belastbaarheid en het belang van goed schoeisel.

3.1.1 Zelfstandig beweegprogramma

Het programma bestaat uit 8 consulten bij de leefstijladviseur. Tijdens de intake wordt het beweeggedrag, het gewichtsgelateerd 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.

3.1.2 Opstartprogramma

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.

3.1.3 Begeleid beweegprogramma

Het begeleid beweegprogramma is een programma dat op kleine schaal uitgevoerd wordt in de BeweegKuur. Dit programma biedt de deelnemer meer beweegdeskundige begeleiding dan het opstartprogramma. 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 het derde programma.

Het begeleid beweegprogramma bestaat uit een combinatie van coaching door de leefstijladviseur (intake en vijf follow-up consulten) en twee- à driemaal per week bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut.

Het traject bij de fysiotherapeut is uitgebreider dan bij het opstartprogramma en duurt twaalf weken. De eigen bijdrage die van de deelnemer gevraagd wordt is 45 euro voor het gehele programma. Na de intake bij de leefstijladviseur wordt de deelnemer doorverwezen naar de fysiotherapeut voor het bepalen van de beweegmogelijkheden. Bij aanvang begeleidt de fysiotherapeut de deelnemer individueel, waarna gestart wordt met een programma van driemaal per week groepsgewijs trainen bij de fysiotherapeut (indien de belastbaarheid van de deelnemer dit toelaat). De frequentie wordt geleidelijk afgebouwd naar tweemaal per week, waarbij de deelnemer begint met sporten in het lokale (zo veel mogelijk groepsgewijze) beweegaanbod. Na twaalf weken vindt er uitstroom plaats naar het lokale sportaanbod. Een verlenging van de begeleiding naar zestien weken is mogelijk indien de doelen niet behaald zijn. Bij een verlenging naar zestien weken wordt de eigen bijdrage verhoogd van 45 euro naar in totaal 60 euro.

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

- het primaire doel (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 door middel van vier weken verlenging de bovenstaande twee punten wel kan bereiken, wordt het bewegen bij de fysiotherapeut verlengd met vier weken. De fysiotherapeut beoordeelt of de deelnemer in staat is zelfstandig te gaan bewegen na twaalf weken. Hij kijkt daarbij onder andere naar de grondmotorische eigenschappen, of er voldoende kennis en inzicht aanwezig is om de gekozen beweegactiviteiten uit te kunnen voeren.

Indien een deelnemer na twaalf 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 (bijvoorbeeld op gebied van voeding).

Na de twaalf (of zestien) weken bouwt de fysiotherapeut de begeleiding in twee follow-upmomenten af. Voor de nieuwe situatie (zelfstandig bewegen) stelt de fysiotherapeut een nieuw beweegplan op. Tevens zorgt hij voor een vloeiende overdracht van de deelnemer naar het lokale beweegaanbod. In de afbouwfase bij de fysiotherapeut neemt de leefstijladviseur de begeleiding van de deelnemer geleidelijk over.

Overstappen naar een ander beweegprogramma

Na zes tot acht weken vindt een evaluatie plaats, waarbij beoordeeld wordt of de deelnemer het juiste beweegprogramma volgt. In de praktijk kan het voorkomen dat de deelnemer niet het volledige traject hoeft af te maken. Na overleg tussen leefstijladviseur en fysiotherapeut kan men overstappen naar een ander beweegprogramma.

3.2 Voedingsprogramma

Doel

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

Het doel van het voedingsprogramma is het aannemen van een verantwoord en gezond voedingspatroon. Hierbij wordt het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld dieet nagestreefd, dat leidt tot verbetering van het eetgedrag.

Voedingsadviezen

De begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist. De leefstijladviseur verleent follow-up op de adviezen van de diëtist.

In het voedingsprogramma worden voedingsadviezen verstrekt volgens:

- NDF voedingsrichtlijnen (2006) voor mensen met diabetes;
- richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen (2008) voor mensen met een BMI > 30;
- richtlijnen goede voeding zoals geformuleerd door de gezondheidsraad voor mensen met een BMI ≥ 25 - ≤ 30 .

Alle deelnemers die deelnemen aan de BeweegKuur worden voor een individueel advies op maat doorverwezen naar de diëtist⁸.

Hierin komen de volgende onderdelen aan de orde:

- uitgebreide diagnostiek;
- vaststellen behandelplan;
 - o deelname groepsprogramma (m.b.v. handvatten indicatiestelling);
 - o individuele vervolgsconsulten (max. vier uur totale tijd vanuit basisverzekering; verdeling consulten bepaald door diëtist in samenspraak met deelnemer);
 - o individueel samengesteld dieet.
- voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid;
- evaluatiemoment na 3 maanden: zit deelnemer op lijn der verwachting (gestelde doel te behalen na 1 jaar)? Indien nodig het voedingsprogramma aanpassen en contact opnemen met leefstijladviseur;
- bij verdenking eetstoornis terugverwijzen naar huisarts (advies; uitsluiting BeweegKuur en behandeling door daartoe gespecialiseerd behandelteam).

Naast een individuele intake en vervolgsconsulten, vinden er (verplichte) groepsvoorlichtingsbijeenkomsten op het gebied van voeding plaats. Op inzicht van de diëtist worden er groepen van maximaal 12 personen gevormd. Hierbij kunnen een aantal factoren een rol spelen in de keuze voor een samenstelling zoals de aanwezige problematiek (overgewicht, diabetes), evenals taalbeheersing of achtergrondkennis en ziekte-inzicht.

⁸ Vanuit de huidige basis zorgverzekering kan een patiënt op verwijzing van de huisarts jaarlijks aanspraak maken op vier uur hulp van een diëtist

De inhoud van de groepsvoorlichting, en de wijze waarop deze plaats vindt, is mede afhankelijk van de samenstelling van de doelgroep.

De bijeenkomsten zijn primair gericht op:

- kennisvermeerdering;
- verbeteren vaardigheden;
- omgaan met hoogrisico situatie;
- controle eetgedrag/ -drang;
- lotgenotencontact.

De diëtist is verantwoordelijk voor de organisatie, inhoudelijke input en uitvoering van de bijeenkomsten. Voor de invulling van de bijeenkomsten kan gebruik worden gemaakt van de toolkit “groepsvoorlichting BeweegKuur”.

De diëtist kan in samenspraak met de leefstijladviseur afstemmen op welke wijze de groepsvoorlichting georganiseerd wordt. De leefstijladviseur informeert deelnemers over de rol van de diëtist, motiveert hen deel te nemen aan de groepsvoorlichting en kan indien mogelijk, bij de eerste groepsvoorlichtingsbijeenkomst aanwezig zijn.

Afhankelijk van het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico vinden in een jaar BeweegKuur drie individuele consulten bij de diëtist plaats⁹; bij aanvang van de BeweegKuur, na 3 maanden als evaluatiemoment en na afloop van de groepsvoorlichtingsbijeenkomsten.

Naast de reguliere contacttijd met de diëtist, krijgt elke deelnemer zeven keer een groepsvoorlichting aangeboden. De bijeenkomsten duren gemiddeld anderhalf uur, waarin ruimte is voor interactie. Vanwege de groepsbinding en kennisoverdracht wordt aangeraden om de eerste bijeenkomsten korter na elkaar te plannen (om de 2 à 3 weken) en bij de laatste een langere periode te hanteren (om de 6 à 8 weken).

3.3 Leefstijladviseur vast aanspreekpunt

Ongeacht het beweeg- en voedingsprogramma waarin de deelnemer terecht komt houdt hij regelmatig contact met de leefstijladviseur. Dit is nodig voor de bestending van de gedragsverandering. De leefstijladviseur verleent follow-up aan het programma dat de deelnemer doorloopt en bespreekt de eventuele noodzaak tot het aanpassen van de medicatie aan het veranderende beweeg- en voedinggedrag.

⁹ Vanuit de huidige basis zorgverzekering kan een patiënt op verwijzing van de huisarts jaarlijks aanspraak maken op vier uur hulp van een diëtist

4 Trajectbeschrijving BeweegKuur

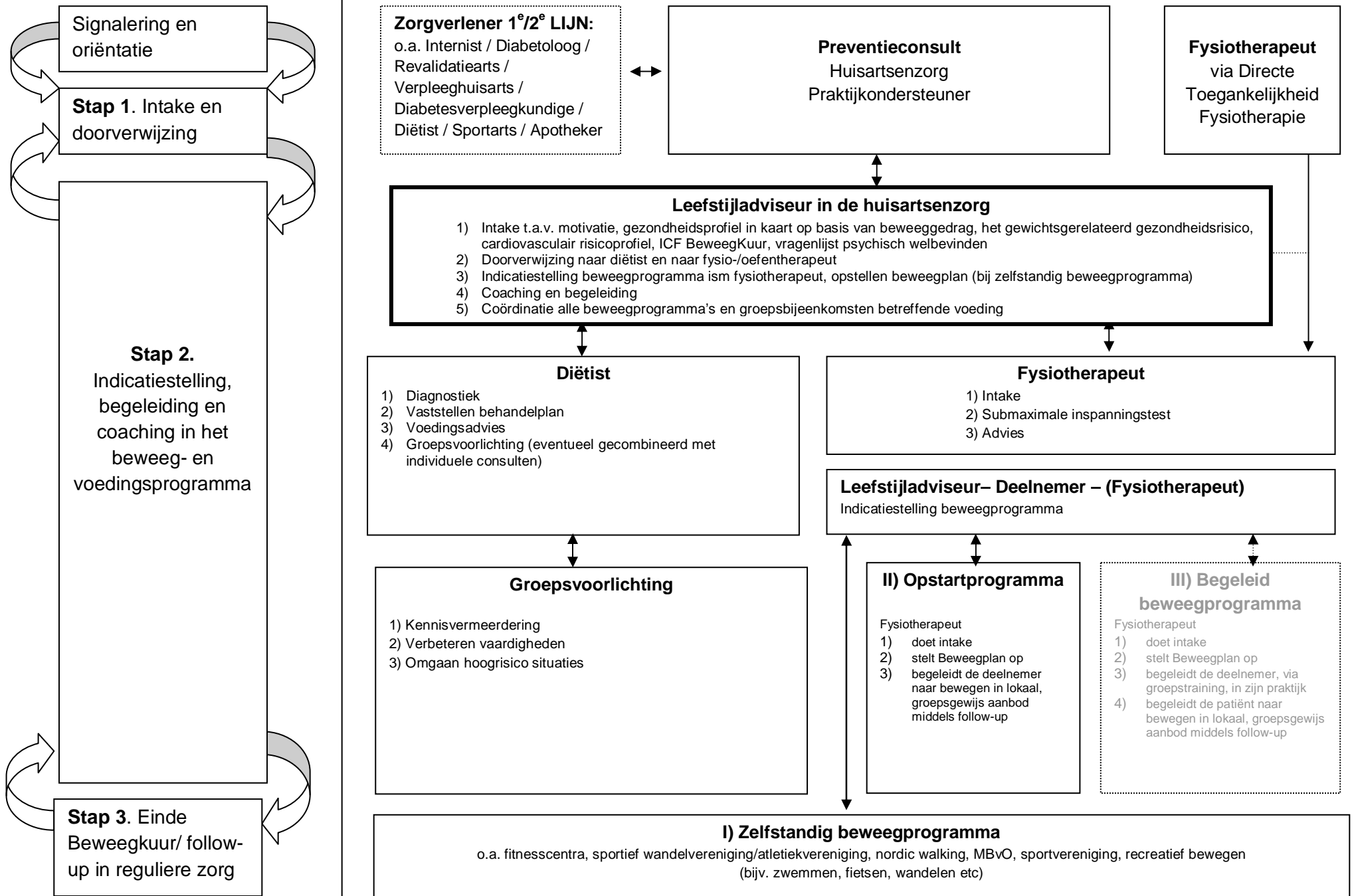
In dit hoofdstuk wordt de inhoud van de BeweegKuur, de instroom, doorstroom en uitstroom weergegeven. Bij iedere stap zijn één of meerdere zorgverleners uit de zorgketen betrokken. Achtereenvolgens komen de verschillende stappen aan de orde:

- **instroom** (§ 5)
- **stap 1 Intake en doorverwijzing naar leefstijladviseur** (§ 6)
- **stap 2 Consulten en de begeleiding leefstijlverandering** (§ 7)
Binnen stap 2 worden de volgende fases beschreven:
 - voorbereiding eerste consult (§ 7.1);
 - uitvoering eerste consult (§ 7.3);
 - uitvoering tweede consult (§ 7.4);
 - uitvoering vervolggconsulten en begeleiding gedurende het traject (§ 7.5).
- **stap 3 Einde BeweegKuur en follow-up in reguliere zorg** (§ 7.7)

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.

Figuur 1 Algemeen stroomdiagramm BeweegKuur



5 Instroom

5.1 Instroom

Belangrijk kenmerk van de BeweegKuur is dat deze wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg en binnen de reguliere zorg.

De instroom kan op verschillende manieren plaatsvinden. Het preventieconsult zoals dat momenteel ontwikkeld wordt door het NHG zal waarschijnlijk de belangrijkste methode worden waarmee deelnemers voor de BeweegKuur gesignaleerd worden. Ook via andere interventies binnen de huisartsenpraktijk, zoals de Routeplanner Diabetes van de NDF, kunnen mensen gesignaleerd worden.

Daarnaast kunnen mensen via de fysiotherapeut (directe toegankelijkheid fysiotherapie, DTF) of via andere zorgverleners binnen de eerste of tweede lijn, instromen in de BeweegKuur.

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.

De BeweegKuur sluit aan bij de wijze van signalering en oriëntatie zoals beschreven in relevante richtlijnen (NHG standaard Diabetes Mellitus type 2 en cardiovasculair risicomanagement, CBO richtlijn⁴).

5.2 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.

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

Indien de fysiotherapeut wel geschoold is in de BeweegKuur:

- 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.

6 Stap 1 Intake en doorverwijzing naar leefstijladviseur

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 ¹⁰:

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

6.1 Doelgroep, in- en exclusiecriteria BeweegKuur

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

6.2 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 comorbiditeit¹¹;

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 § 7.3.1 en 7.3.6).

¹⁰ De benodigde instrumenten zijn opgenomen in hoofdstuk 10

¹¹ (hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose, slaap apneu)

Tabel 1 Niveau van gewichtsgerelateerde 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 BewegingKuur. De huisarts schrijft het recept “BewegingKuur” 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.

6.3 Exclusiecriteria BewegingKuur

De huisarts beslist of personen geëxcludeerd moeten worden voor de BewegingKuur. Hij is verantwoordelijk voor screening van eventuele contra-indicaties en, indien geïndiceerd, de doorverwijzing voor aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld een Inspannings-ECG¹²). De gebruikelijke richtlijnen en standaarden vormen hierbij de basis van zijn beslissing.

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

6.4 Beweegscore

Om een indruk te krijgen van het huidige beweegpatroon van de deelnemer laat de huisarts voorafgaand aan het consult de beweegscore invullen. Dit instrument geeft een indicatie van het huidige beweegniveau van de deelnemer en de motivatie om hierin een verandering te realiseren (zie voor meer informatie over de beweegscore § 10.2).

6.5 Verwijzing door huisarts

Op grond van de in- en exclusiecriteria en de beweegscore beslist de huisarts of de deelnemer in aanmerking komt voor de BewegingKuur.

Indien de deelnemer in aanmerking komt voor de BewegingKuur, schrijft de huisarts het recept ‘BewegingKuur’ uit en verwijst de deelnemer door naar de leefstijladviseur.

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

7 Stap 2: Consulten en begeleiding leefstijlverandering

Doel:

Deelnemer laten instromen in een passend beweeg- en voedingsprogramma én begeleiden en coachen bij leefstijlverandering

Betrokken disciplines:

Leefstijladviseur, fysiotherapeut, diëtist, sport- en beweegbegeleider

Benodigde instrumenten (zie hoofdstuk 10):

- eventueel BeweegKuur folder 'Zet uzelf in beweging!';
- formulier beweegscore;
- vragenlijst beweeggedrag;
- eventueel vragenlijst psychisch welbevinden;
- ICF BeweegKuur;
- logboek BeweegKuur;
- verklaring tot deelname formulier;
- verwijfsbrief naar diëtist / fysiotherapeut / lokale sport- en beweegbegeleider;
- uitleenexemplaren van een stappenteller of een andere activiteitenmonitor (hartslagmeter of meetinstrument voor bepaling van activiteitsniveau);
- digitaal registratieformulier.

In stap 2 dient de leefstijladviseur het gezondheidsprofiel van de deelnemer in beeld te brengen. Hiervoor wordt het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, het beweeggedrag, het cardiovasculair risicoprofiel en de ICF BeweegKuur in kaart gebracht. Indien nodig wordt de WHO-5 afgenomen. Dit is een vragenlijst om psychisch welbevinden te meten (zie § 10.6). Bovenstaande gegevens bepalen mede de indicatie voor het vervolgtraject. Voor de verdere indicatiestelling in de BeweegKuur is het noodzakelijk dat de leefstijladviseur de deelnemer na het eerste consult verwijst naar de fysiotherapeut voor de indicatiestelling beweegprogramma. (zie § 7.3.6)

De BeweegKuur is een leefstijlinterventie waarin gedragsverandering een centrale plaats heeft. De manier waarop de leefstijladviseur hierin coacht en begeleidt is mede bepalend voor een geslaagde afloop van de interventie. Meer informatie over begeleiding en coaching is opgenomen in § 8.

De volgende onderdelen komen achtereenvolgens aan bod:

- voorbereiding van het eerste consult leefstijladviseur;
- eerste consult:
 - gezondheidsprofiel opstellen en aanvullende informatie verzamelen;
 - deelnemer informeren over BeweegKuur-traject;
- vervolgconsulten:
 - begeleiding en follow-up.

7.1 Voorbereiding van het eerste consult

Doel:

Gegevens verzamelen ten behoeve van het eerste consult bij de leefstijladviseur

In deze paragraaf worden de taken van de leefstijladviseur in de voorbereiding op het eerste consult beschreven:

- geef, indien mogelijk, vóór het eerste consult de vragenlijst beweeggedrag (zie §10.3) mee aan de deelnemer. Hij kan deze dan thuis invullen ter voorbereiding op het eerste gesprek met de leefstijladviseur.
- indien nodig kan ook de WHO-5 mee gegeven worden. Wanneer deze vragenlijst wordt ingezet, staat beschreven in § 10.6.
- op dit moment kan tevens de BeweegKuur-folder 'Zet uzelf in beweging!' verstrekt worden (indien dit nog niet bij de intake heeft plaatsgevonden).
- verzamel deelnemergegevens die bekend zijn binnen de huisartsenpraktijk:
 - cardiovasculaire- en risicogegevens;
(*bloeddruk, cholesterol, inspanningsgerelateerde kortademigheid, bloeddruk, fysieke deconditionering, beperking van duurinspanning, cardiovasculair event/interventie in verleden, BMI, buikomvang*)
 - diabetesgegevens (indien er sprake is van diabetes);
(*HbA1c, duur diabetes, albuminurie, retinopathie, neuropathie, bijwerkingen medicatie*)
 - overige (medische) gegevens:
(*persoonsgegevens, nevenpathologie, recente klachten aan het bewegingsapparaat, NSAID gebruik*)
 - het ingevulde formulier 'beweegscore'.
- overige materialen verzamelen (zie stap 2 'benodigde instrumenten').

Het is mogelijk om deelnemers in de BeweegKuur te laten instromen via de fysiotherapeut (zie § 5.2). Ook in dat geval doorloopt de leefstijladviseur de BeweegKuur zoals in deze handleiding beschreven staat.

7.2 Eerste en tweede consult leefstijladviseur

In dit hoofdstuk staan de taken beschreven die de leefstijladviseur uitvoert tijdens het eerste en tweede consult. Wegens de hoeveelheid aan taken wordt eerst een opsomming gegeven, daarna worden de afzonderlijke onderdelen nader uitgewerkt.

Inhoud eerste consult

Het doel van het eerste consult is kennismaken met de deelnemer, uitleg geven over de beweeg- en voedingsprogramma's en vervolgens de doelstellingen van de deelnemer bepalen. Ook wordt de deelnemer doorverwezen naar diëtist en fysiotherapeut en worden vervolgspraken ingepland.

Taken leefstijladviseur in het eerste consult:

1. gezondheidsprofiel in kaart brengen (§ 7.3.2);
2. doelen 'BeweegKuur' vaststellen (§ 7.3.3);
3. informatie verstrekken over BeweegKuur-traject (§ 7.3.4);
4. informatie verstrekken over eigen bijdrage deelnemer (§ 7.3.5);
5. doorverwijzen naar fysiotherapeut voor indicatiestelling en inspanningstest (§ 7.3.6);
6. doorverwijzen naar diëtist voor individueel consult (§ 7.3.7);
7. informatie verstrekken over vervolgsconsult (bv opstellen beweegplan) (§7.3.8);
8. vervolgspraak of -planning maken (§ 7.3.9);
9. BeweegKuur-materialen meegeven (§7.3.10);
10. invullen deelnemersregistratieformulier (§ 7.3.11).

Inhoud tweede consult

Het doel van het tweede consult is het opstellen van het individuele beweegplan door leefstijladviseur en het plannen van het vervolgtraject.

Dit tweede consult vindt plaats bij de leefstijladviseur indien de deelnemer indicatie heeft voor de 'zelfstandige beweegactiviteiten'.

De fysiotherapeut stelt met de deelnemers die de indicatie opstart- of begeleid beweegprogramma hebben, het beweegplan op.

Taken in het tweede consult:

1. bespreken en opstellen van individueel beweegplan met gewenste, zelfstandige beweegactiviteiten; (§7.4.1);
2. doorverwijzen naar lokale sport-/bewegingsbegeleider (§ 7.4.2);
3. vervolgcontacten plannen (§.7.5).

7.3 Het eerste consult

7.3.1 Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico in kaart brengen

In de volgende tabel is het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico aangegeven. Deze indeling wordt ook gehanteerd bij het toewijzen van een deelnemer in een beweegprogramma (zie tevens tabel 1 in § 6.2 en §7.3.6 indicatiestelling door fysiotherapeut).

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. Ook wordt er gebruik gemaakt van het stepped care principe. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 7.3.6.

7.3.2 Gezondheidsprofiel in kaart brengen

Breng het gezondheidsprofiel in kaart en leg de gegevens vast in het medisch dossier.

Een gezondheidsprofiel is breder dan een medische diagnose. Het geeft een korte schets van het ziektebeeld, maar besteedt ook aandacht aan het functioneren van de cliënt, inclusief de maatschappelijke participatie.

Het gezondheidsprofiel geeft een indicatie voor de aandachtsgebieden bij leefstijlbegeleiding en de mogelijkheden en beperkingen bij gedragsverandering. Tevens spelen de gegevens een rol bij het bepalen van het te volgen traject in de BeweegKuur.

Gebruik hierbij:

- medische gegevens uit de voorbereiding (cardiovasculair/risico-, diabetes-, en overige gegevens): Deze informatie geeft een beeld van de omvang van de medische problematiek. Verricht eventueel aanvullende diagnostiek om de benodigde gegevens te verkrijgen (gewicht en bloeddruk meten et cetera);
- vragenlijst Beweeggedrag: Laat dit formulier invullen indien dat in de voorbereiding nog niet gedaan is (zie § 10.3);
- ICF BeweegKuur: Met behulp van de ICF BeweegKuur worden de omgevingsfactoren van de deelnemer nader in kaart gebracht. De ICF BeweegKuur is een goed hulpmiddel voor communicatie over gezondheid en gedrag (zie § 10.4).

Indien nodig kan de deelnemer gevraagd worden om WHO-5 in te vullen. Deze lijst meet het psychisch welbevinden.

Volgens de CBO richtlijn kan bij sommige personen in de BeweegKuur (m.n. bij BMI > 30) overwogen worden om cognitieve gedragstherapie in te schakelen. Om deze afweging te ondersteunen wordt geadviseerd om de WHO-5 vragenlijst af te nemen. Deze lijst dient enkel en alleen ter screening. Er kunnen geen conclusies aan verbonden worden.

De uitslag van de vragenlijst is een score tussen de 0 en de 100. Hoe hoger de uitslag, hoe beter de deelnemer zich voelt. Bij een lage score (ruwe score van 13 of minder of een berekende score van 50 of minder) wordt aangeraden om het psychisch welbevinden van de deelnemer expliciet te bespreken en eventueel aanvullende diagnostiek te (laten) doen. Bovengenoemde vragenlijsten zijn te vinden in hoofdstuk 10.

7.3.3 Doelen 'BeweegKuur' vaststellen

1. 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.
2. Na een jaar begeleiding in de BeweegKuur wordt gestreefd naar een gewichtsreductie van $\geq 5\%$. In het jaar na de BeweegKuur moet deze gewichtsreductie binnen de reguliere zorg gehandhaafd blijven.
3. Binnen de BeweegKuur kunnen ook voor de deelnemers specifieke doelen geformuleerd worden. Deze doelen worden gekozen op basis van de fysieke gezondheidsparameters en wensen van de deelnemer. Door middel van het vaststellen van persoonlijke doelen ontstaat een programma op maat. Ook na beëindiging van de BeweegKuur blijven de doelen op de agenda staan in de reguliere (diabetes)zorg.

De leefstijladviseur stelt in overleg met de deelnemer de doelen voor de BeweegKuur vast. De doelen zijn afgestemd op de individuele problemen, wensen en behoeften van de deelnemer. De deelnemer wordt gestimuleerd en gemotiveerd om uiteindelijk zelfstandig de verandering naar een gezonde leefstijl te willen en kunnen realiseren. De leefstijladviseur maakt samen met de deelnemer de veranderplannen voor een gezonde leefstijl.

Gebruik hierbij de volgende instrumenten en informatie:

- Motivational Interviewing (zie hoofdstuk 8 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing));
- de ICF BeweegKuur;
- de vragenlijst beweeggedrag;
- achtergrondinformatie (zie ook www.BeweegKuur.nl);
- logboek BeweegKuur.

De leefstijladviseur kan in overleg met de deelnemer meerdere doelen opnemen in het logboek. Voorbeelden hiervan zijn:

- op korte termijn zelfstandig gaan bewegen;
- op lange termijn het aannemen van een gezonde leefstijl;
- doelen op basis van de fysieke situatie (bijvoorbeeld: verhoogde glucosewaarden, verhoogde bloeddruk) in combinatie met de wensen van de deelnemer (bijvoorbeeld: geen diabetes krijgen, afvallen, gezonder eten et cetera). Deze doelen dragen bij aan een programma op maat;
- het verbeteren van beïnvloedbare parameters uit het cardiovasculaire risicoprofiel (glucosegehalte, BMI, middelomtrek, bloeddruk, cholesterolgehalte, roken).

Noteer de doelen in het logboek (hoofdstuk 'Gegevens') en in het medisch dossier.

Als de deelnemer in het traject begeleid wordt door de diëtist of de fysiotherapeut, dan stellen zij voor hun vakgebied de doelen op. De leefstijladviseur neemt deze doelen over. De leefstijladviseur draagt zorg voor afstemming tussen de betrokken disciplines zodat doelstellingen en begeleiding goed op elkaar aansluiten.

7.3.4 Informatie verstrekken over BeweegKuur-traject

Informeer de deelnemer bij de start van de BeweegKuur goed over de inhoud van de BeweegKuur;

- Duur van de BeweegKuur: de BeweegKuur duurt maximaal één jaar. In deze periode moet het mogelijk zijn voor de deelnemer om zijn gedrag te veranderen en het nieuwe gedrag te integreren in zijn leefstijl.
- Begeleiding in de BeweegKuur: Gedurende de BeweegKuur is de leefstijladviseur het aanspreekpunt met wie de deelnemer regelmatig contact heeft over de voortgang en bij wie de deelnemer altijd terecht kan met vragen. Afhankelijk van de persoonlijke situatie kan de deelnemer doorverwezen worden naar andere zorgverleners, die hem of haar extra begeleiden bij het aannemen van een gezonde leefstijl. Informeer de deelnemer ook goed over de inhoud van de voeding- en beweegprogramma's. Bijvoorbeeld het aanbod van groepsbijeenkomsten voeding, het individueel consult bij de diëtist, de intake bij de fysiotherapeut, of de groepsgewijze begeleiding.

- Doel van de BeweegKuur: het doel van de BeweegKuur is dat deelnemers meer gaan bewegen en gezonder gaan eten, waardoor gezondheidswinst gerealiseerd kan worden. Afhankelijk van de persoonlijke situatie wordt gekeken welke ondersteuning daarbij nodig is. De BeweegKuur is erop gericht om deelnemers vanuit de eerste lijn te begeleiden naar een gezonde en actievere leefstijl, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemer en zelfredzaamheid centraal staan. De begeleiding van de verschillende zorgverleners neemt gedurende de BeweegKuur langzaam af. In de beweegprogramma's bij de fysiotherapeut wordt daarom bijvoorbeeld gestimuleerd dat de mensen zo snel mogelijk in het lokale beweegaanbod gaan participeren.
- Verwachtingen: Spreek wederzijdse verwachtingen rond de BeweegKuur uit. Door het uitspreken van deze verwachtingen is voor iedereen helder wie welke verantwoordelijkheden heeft en wat verwacht wordt van deelname aan de BeweegKuur.

7.3.5 Informatie verstrekken over eigen bijdrage deelnemer

Informeer de deelnemer over de eigen bijdrage van de verschillende programma's:

- de hoogte van de bijdrage voor het beweegprogramma:
 - opstartprogramma: 15 euro;
 - begeleid beweegprogramma (respectievelijk 12 / 16 wkn): 45 en 60 euro.
- de hoogte van de bijdrage voor de individuele consulten bij de diëtist
 - deelnemer kan vanuit de huidige basis zorgverzekering jaarlijks aanspraak maken op een vergoeding van vier uur hulp van een diëtist;
 - indien de vier uur in het jaar verbruikt zijn dient tot een volgend kalenderjaar gewacht te worden of;
 - de deelnemer kan het vergoed krijgen indien hij aanvullend verzekerd is voor de diëtist of;
 - de deelnemer kan het zelf bekostigen.
- hoe de eigen bijdrage betaald moet worden.
(Vragen die men over het algemeen heeft zijn: "Moet de eigen bijdrage aan de leefstijladviseur worden betaald, aan de fysiotherapeut of op een andere manier? Dient de eigen bijdrage contant te worden betaald of overgemaakt te worden? Zo ja, wat is het rekeningnummer, wat is de betalingstermijn?" etc.).

7.3.6 Doorverwijzen naar fysiotherapeut voor indicatiestelling beweegprogramma

Iedere deelnemer gaat bij aanvang van de BeweegKuur naar de aanvullend geschoolde fysiotherapeut voor een inspanningstest.

Voor de indicatiestelling van het beweegprogramma heeft de fysiotherapeut een belangrijke adviserende rol. De fysiotherapeut wordt na het eerste consult bij de leefstijladviseur ingeschakeld voor het afnemen van een submaximale inspanningstest die het fysiek functioneren van de deelnemer in kaart moet brengen.

Volgens het **stepped-care** principe wordt in eerste instantie de minst ingrijpende en minst kostbare behandeling ingezet. Als echter blijkt dat deze behandeling geen effect heeft kan overgestapt worden naar een intensievere variant van beweegbegeleiding (zie Figuur 2 Indicatiestelling Beweegprogramma door LSA, AGF en deelnemer).

De taken van de fysiotherapeut om te komen tot een indicatiestelling zijn:

- Intake;
- submaximale inspanningstest;
- advies;
- indicatiestelling.

De intake heeft als doel het in kaart brengen van de ervaringen, wensen, kennis en mogelijkheden van de deelnemer (met aandacht voor eventueel aanwezige startdrempel en bewegingsgerelateerde klachten). Hierbij wordt informatie uit de verwijsbrief van de leefstijladviseur gebruikt.

De fysiotherapeut neemt een van de drie aanbevolen inspanningstesten (Astrand fietstest, de 6 minuten wandeltest of de steep-ramp fietstest) af. Het testen van het uithoudingsvermogen dient als basis voor het op maat adviseren m.b.t. het verbeteren van het uithoudingsvermogen. 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. Op basis van de informatie uit de intake en de submaximale inspanningstest wordt door de fysiotherapeut een advies uitgebracht over het te volgen beweegprogramma aan de leefstijladviseur en de deelnemer.

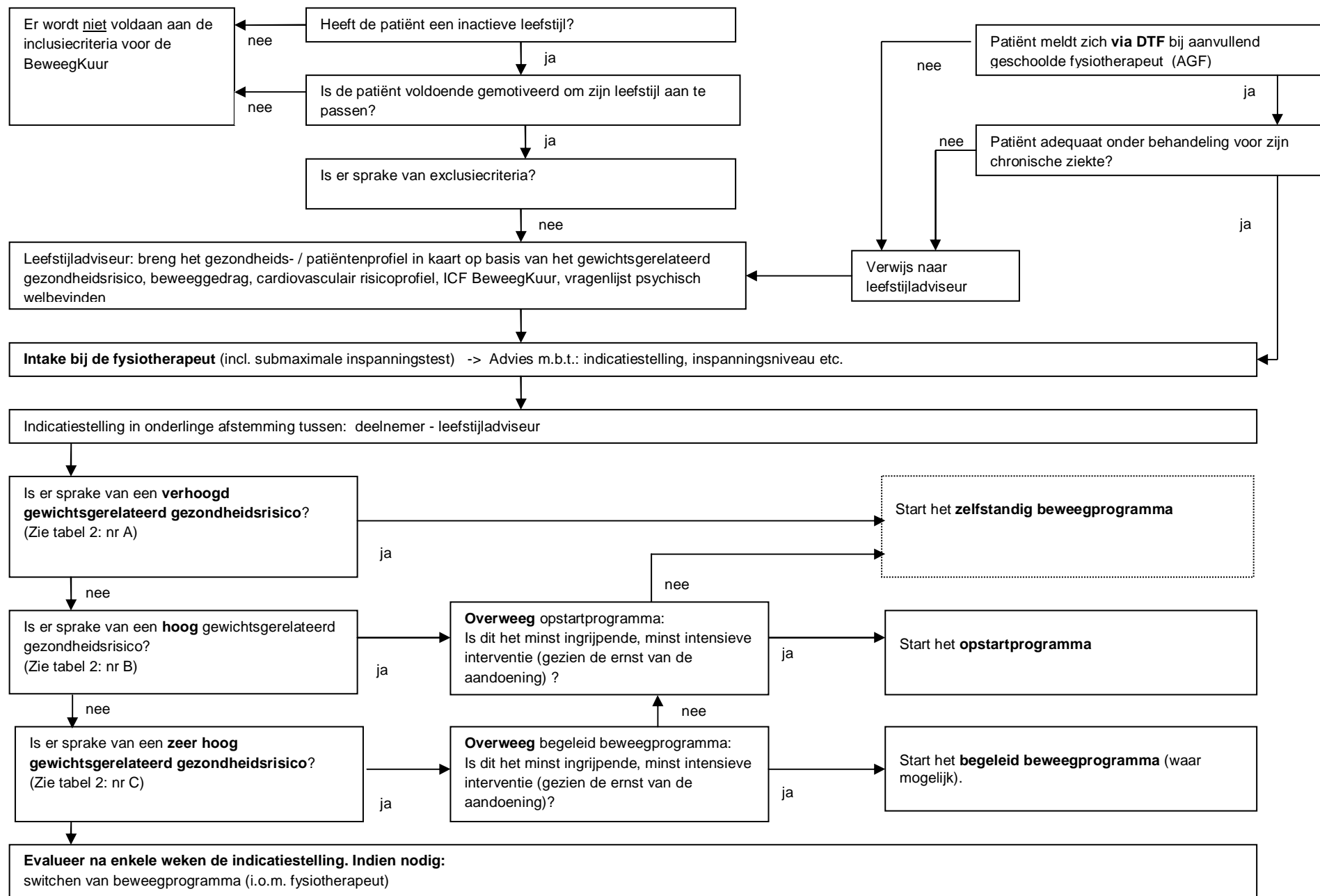
De leefstijladviseur kan, middels een verwijsbrief, de fysiotherapeut informeren over de deelnemer.

De minimale informatie die hierbij verstrekt dient te worden is:

- gewichtsgelateerd gezondheidsrisico;
- voorgeschiedenis van cardiovasculaire en orthopedische problematiek;
- comorbiditeit (hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, dyslipidemie, artrose en slaap apneu, complicaties van DM2);
- medicatiegebruik;
- BMI en bloeddruk;
- indien van toepassing: duur van de diabetes, HbA1c en nuchter glucose over het afgelopen jaar, stabiliteit van de bloedglucose regulatie (met name bij insulinegebruik);
- indien beschikbaar: resultaten van een inspannings-ECG (eventuele beperking van de inspanningscapaciteit, Wmax, Hfmax, bloeddrukrespons);
- gestelde doelen van de BeweegKuur.

Een verwijsbrief voor de fysiotherapeut is opgenomen in § 10.9

Figuur 2 Indicatiestelling Bewegingprogramma door LSA, AGF en deelnemer



7.3.7 Doorverwijzen naar diëtist voor een individueel consult

De begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist. De leefstijladviseur verleent follow-up op de adviezen van de diëtist.

De leefstijladviseur verwijst elke deelnemer in de BeweegKuur door naar de diëtist voor een individueel consult. Daarin wordt een individueel voedingsbehandelplan opgesteld, voedingsadviezen gegeven en groepsvoorlichting in de BeweegKuur besproken.

Ook voor deelnemers die zeer recent voor voedingsadviezen in verband met bijvoorbeeld diabetes type 2 bij de diëtist geweest zijn is een hernieuwd advies geïndiceerd.

Laat de deelnemer desgewenst zijn voedingsdagboek (uit het logboek) invullen en meenemen naar het eerste consult bij de diëtist.

De minimale informatie die bij de verwijzing naar de diëtist verstrekt dient te worden is:

- gewichtsgelateerd gezondheidsrisico;
- BMI;
- medicatiegebruik;
- aanwezigheid comorbiditeit (hypertensie, dyslipidemie, maag-darm problematiek, DM complicaties);
- indien van toepassing: duur van de diabetes, HbA1c en nuchter glucose over het afgelopen jaar, stabiliteit van de bloedglucose regulatie (met name bij insulinegebruik);
- gestelde doelen van de BeweegKuur.

Een verwijsbrief voor de diëtist is opgenomen in § 10.8.

Naast een individuele intake en vervolgconsulten, vinden er (verplichte) groepsvoorlichting-bijeenkomsten op het gebied van voeding plaats. Op inzicht van de diëtist worden er groepen van maximaal 12 personen gevormd. Hierbij kunnen een aantal factoren een rol spelen in de keuze voor een samenstelling zoals de aanwezige problematiek (overgewicht, diabetes), evenals taalbeheersing of achtergrondkennis en ziekte-inzicht. De inhoud van de groepsvoorlichting, en de wijze waarop deze plaats vindt, is mede afhankelijk van de samenstelling van de doelgroep.

De bijeenkomsten zijn primair gericht op:

- kennisvermeerdering;
- verbeteren vaardigheden;
- omgaan met hoogrisico situatie;
- controle eetgedrag/ -drang;
- lotgenotencontact.

De diëtist is verantwoordelijk voor de organisatie, inhoudelijke input en uitvoering van de bijeenkomsten. De diëtist kan in samenspraak met de leefstijladviseur afstemmen op welke wijze de groepsvoorlichting georganiseerd wordt. De leefstijladviseur informeert deelnemers over de rol van de diëtist, motiveert hen deel te nemen aan de groepsvoorlichting en kan indien mogelijk, bij de eerste groepsvoorlichtingsbijeenkomst aanwezig zijn.

Naast de reguliere contacttijd met de diëtist, krijgt elke deelnemer zeven keer een groepsvoorlichting aangeboden. De bijeenkomsten duren gemiddeld anderhalf uur, waarin ruimte is voor interactie.

7.3.8 Informatie verstrekken over vervolconsult:

In het eerste consult wordt informatie verzameld en wordt de deelnemer doorverwezen naar andere BeweegKuur-zorgverleners. Het opstellen en bespreken van een beweegplan kan in het tweede consult plaatsvinden. Indien de deelnemer instroomt in het zelfstandige beweegprogramma, dan stelt de leefstijladviseur het plan op. Bij de deelnemers van het opstart- en begeleid programma doet de fysiotherapeut dit.

Ter voorbereiding op het tweede consult informeert de leefstijladviseur de deelnemer over de zaken:

- doel is in kaart te brengen welke activiteiten men elke week wil gaan ondernemen en het gezamenlijk opstellen van een individueel beweegplan. Kijk daarbij ook naar mogelijkheden om bewegen te integreren binnen het ADL (bijvoorbeeld op de fiets naar het werk in plaats van met de auto);
- het uitgangspunt is hoeveel de deelnemer al beweegt (in kaart gebracht doordat het formulier beweeggedrag is ingevuld) en hoeveel men 'moet' gaan bewegen;
- met behulp van de uitslag van de inspanningstest kan een programma op maat gemaakt worden;
- het plan wordt aangepast aan de persoonlijke wensen en mogelijkheden;
- bespreek met de deelnemer het gebruik van het logboek BeweegKuur;
- vraag de deelnemer de informatie te lezen over het beweegplan in het logboek en de vragen over de activiteiten te beantwoorden (laat de deelnemer de actieplannen in het logboek invullen). Van belang is dat de deelnemer alvast nadenkt over wat hij graag zou willen gaan doen; wanneer en waar.

In het volgende consult worden de activiteiten besproken en wordt berekend hoe hoog het energieverbruik is (in kilocalorieën).

Zie voor uitgebreide informatie over het beweegplan § 9.

7.3.9 Vervolgcontacten plannen

Informeer de deelnemer over het vervolgtraject en maak een vervolgafpraak. In § 10.1 zijn tabellen opgenomen die als richtlijn voor het plannen van contactmomenten dienen.

Mensen met diabetes en/of hypertensie bezoeken vanwege hun aandoening driemaandelijks de huisartsenpraktijk. De diabetescontroles en het hypertensiespreekuur zijn bij uitstek momenten om de leefstijl ter sprake te brengen.

7.3.10 BeweegKuur-materialen meegeven

Aan het einde van het eerste consult worden de benodigde BeweegKuur-materialen meegegeven aan de deelnemer:

- logboek BeweegKuur (met eetdagboek);
- verklaring tot deelname formulier;
- folder 'Zet uzelf in beweging!' (indien deze niet reeds verstrekt is);
- BeweegKuur bidon;
- BeweegKuur pen;
- activiteitenmonitor of stappenteller; *(de stappenteller kan worden uitgeleend indien het beweeggedrag van de deelnemer moeilijk te peilen is, om de deelnemer te motiveren en dergelijke. Deelnemers die een stappenteller willen hebben, kunnen deze tegen betaling bestellen via www.nisb.nl. Ter indicatie: De Nederlandse Norm Gezond Bewegen komt overeen met ca. 10.000 stappen per dag).*

7.3.11 Invullen deelnemerregistratieformulier

Voor de evaluatie en verbetering van de BeweegKuur is het noodzakelijk om gegevens te verzamelen over de in-, door- en uitstroom van de deelnemers aan de BeweegKuur. Hiervoor heeft NISB een registratieformulier ontwikkeld dat u als leefstijladviseur dient in te vullen voor de deelnemers die instromen. Het registratieformulier kan tevens een bijdrage leveren aan uw werk voor de BeweegKuur doordat u zo een overzicht van de vorderingen van uw deelnemers heeft gedurende het hele traject. Het registratieformulier is te downloaden van de website www.beweegkuur.nl.

7.4 Het tweede consult

Het tweede consult 'vindt plaats bij de leefstijladviseur indien de deelnemer indicatie heeft voor de 'zelfstandige beweegactiviteiten'. Deelnemers die de indicatie opstart- of begeleid beweegprogramma hebben, stelt de fysiotherapeut samen met hen een beweegplan op.

Taken in het tweede consult:

1. bespreken en opstellen van het individueel beweegplan voor gewenste, zelfstandige beweegactiviteiten (§ 7.4.1);
2. doorverwijzen naar lokale sport-/bewegingsbegeleider (§ 7.4.2);
3. vervolcontacten plannen (§ 7.5).

7.4.1 Opstellen individueel beweegplan met zelfstandige beweegactiviteiten

Na de indicatiestelling voor het beweegprogramma stelt de leefstijladviseur met behulp van het advies van de fysiotherapeut een beweegplan op.

De fysiotherapeut brengt een advies uit op basis van de informatie uit de intake en de submaximale inspanningstest. Dit advies bevat (o.a.) de volgende informatie:

- een advies m.b.t. het te volgen beweegprogramma;
- het inspanningsniveau waarop gestart wordt en de wijze waarop dit opgebouwd kan worden (o.a. de beweegvorm, duur, de intensiteit, de frequentie);
- relevante medische gegevens uit het onderzoek en de testen, en aandachtspunten met betrekking tot bijvoorbeeld bewegingsgerelateerde klachten.

Deze gegevens kunnen worden genoteerd in het logboek en in een verwijfsbrief van de fysiotherapeut. De uitslag van de inspanningstest wordt ook ingevuld op het digitale registratieformulier.

Een uitgebreide instructie voor het opstellen van een beweegplan is opgenomen in hoofdstuk 9. 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. Bij het opstellen van het beweegplan wordt nadrukkelijk rekening gehouden met de beweegactiviteiten die de deelnemer uit kan én wil voeren. Het beweegplan kan ter voorbereiding op het tweede BeweegKuur-consult opgesteld worden of ter plekke met de deelnemer worden gemaakt. Samen met de deelnemer wordt het beweegplan besproken en naar wens aangepast.

De leefstijladviseur stelt het beweegplan op voor bewegen in het zelfstandig beweegprogramma: Dat betekent zelfstandig bewegen binnen het reguliere circuit (bewegen in het dagelijkse leven en/of bij lokale bewegingsbegeleiders).

In het zelfstandig beweegprogramma en het opstartprogramma start de deelnemer direct met deze zelfgekozen beweegactiviteiten.

De fysiotherapeut stelt in het opstartprogramma het beweegplan op en begeleidt de deelnemer bij het zelfstandig bewegen in het lokale sport- en beweegaanbod. Ook in het begeleid beweegprogramma stelt de fysiotherapeut het beweegplan op en wordt begeleid bij het toewerken naar de gewenste beweegvormen.

Begeleidingsconsulten vinden – ongeacht het programma dat de deelnemer volgt – bij de leefstijladviseur plaats. Na afronding van de fysiotherapeutische begeleiding moet de leefstijladviseur ook in het opstart- en begeleid beweegprogramma wijzigingen in het beweegplan kunnen aanbrengen.

De programma's dienen gericht te zijn op gedragsverandering en te bestaan uit:

- inzicht geven in de mogelijkheden om te bewegen;
- empowerment en versterken self-efficacy;
- optrainen belasting en belastbaarheid;
- leren plezier te hebben in bewegen;
- zoveel mogelijk groepsgewijze activiteiten.

De leefstijladviseur bespreekt welke sport- en / of beweegactiviteit(en) de deelnemer zelfstandig wil gaan doen. Gebruik hierbij technieken uit Motivational Interviewing (zie hoofdstuk 8 'Begeleiding en coaching'). De voorkeur gaat uit naar activiteiten die:

- aansluiten bij de wensen en interesses van de deelnemer;
- laagdrempelig zijn (wat betreft kosten, bereikbaarheid et cetera);
- onder leiding staan van een sport- en bewegingsbegeleider met aanvullende scholing op het gebied van overgewicht en obesitas, diabetes type 2 en eventueel andere aandoeningen;
- een 'langdurige' inspanning vragen (fietsen, wandelen, Nordic Walking en dergelijke);
- groepsgewijs gegeven worden.

7.4.2 Doorverwijzen naar lokale sport-/bewegingsbegeleider

Wanneer de deelnemer gaat bewegen in het zelfstandig beweegprogramma wordt hij waar mogelijk doorverwezen naar een lokale sport- en bewegingsbegeleider. De sociale kaart kan als hulpmiddel dienen bij het kiezen van een beweegactiviteit. Dit is een overzicht van het lokale sport- en beweegaanbod. Het bevat gegevens van organisaties die laagdrempelige beweegactiviteiten aanbieden. Deze verwijzing vindt plaats nadat het beweegplan is opgesteld door de leefstijladviseur. Dat zal dus in de meeste gevallen na het tweede consult zijn.

Verwijs de deelnemer en zorg hierbij voor de volgende overdrachtgegevens: reden van verwijzen, doelstellingen en relevante (medische) gegevens (beweegervaring, motivatie etc.). Een verwijsbrief is te vinden in § 10.10.

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

7.5 Vervolgconsulten en begeleiding gedurende het traject

Doel

- begeleiden en coachen bij leefstijlverandering;
- monitoren van de vooruitgang;
- bestendigen van gedragsverandering.

Betrokken disciplines

- leefstijladviseur.

Benodigde instrumenten

- overzicht contactfrequentie BeweegKuur;
- logboek van de deelnemer;
- ICF BeweegKuur;
- BeweegKuur Registratieformulier.

7.5.1 Aantal vervolgconsulten

Ongeacht welk programma de deelnemer volgt vinden er begeleidingsconsulten bij de leefstijladviseur plaats.

Vervolgconsulten leefstijladviseur gedurende het begeleidingsjaar:

- zelfstandig beweegprogramma: na het opstellen van het beweegplan door de leefstijladviseur nog zes vervolgconsulten;
- opstart beweegprogramma (beweegplan wordt na de intake door fysiotherapeut opgesteld): vijf vervolgconsulten;
- begeleid beweegprogramma (beweegplan wordt na intake door fysiotherapeut opgesteld): vijf consulten.

Bij het opstart- en begeleid beweegprogramma worden eveneens vervolgconsulten bij de fysiotherapeut gepland. In het voedingsprogramma vinden er groepsbijeenkomsten plaats verdeeld over een jaar BeweegKuur. In § 10.1 zijn tabellen opgenomen die als handvat kunnen dienen voor de te plannen vervolgconsulten. Het is van belang dat de betrokken zorgverleners elkaar informeren en begeleidingsmomenten afstemmen.

In totaal dient het aantal contactmomenten gelijk te blijven. Elke deelnemer heeft dus recht op minimaal vijf en maximaal zes 'vervolgconsulten' bij de leefstijladviseur. In het algemeen wordt het principe toegepast dat de contactfrequentie gedurende het BeweegKuur-jaar langzaam afgebouwd wordt (steeds meer tijd tussen de contactmomenten).

7.6 **Bespreekpunten vervolgcconsulten**

De verschillende aandachtspunten die van belang zijn in de vervolgcconsulten komen in deze paragraaf aan bod.

Bespreekpunten en taken leefstijladviseur in elk vervolgcconsult:

1. coachen van deelnemer met behulp van technieken van Motivational Interviewing;
2. beweeg- en voedingsplan en logboek;
3. in kaart gebracht gezondheidsprofiel;
4. follow-up aan begeleiding van diëtist;
5. follow-up aan fysiotherapeutische begeleiding;
6. coördinatie en checken voortgang 'BeweegKuur'.

7.6.1 **Begeleiding bij gedragsverandering**

Bij de begeleiding van de deelnemer bij zijn gedragsverandering dient de leefstijladviseur gebruik te maken van de technieken uit Motivational Interviewing en het 'Stages of Change'-model. De begeleiding kenmerkt zich door het coachen van de deelnemer. De deelnemer wordt gestimuleerd en gemotiveerd om uiteindelijk zelfstandig de verandering naar een gezonde leefstijl te willen en kunnen realiseren. Er is aandacht voor:

- doelstellingen;
- omgaan met belemmeringen, onderzoeken van bevorderende factoren;
- ervaringen, vragen en opmerkingen van de deelnemer;
- het nemen van eigen verantwoordelijkheid;
- het geven van positieve feedback op vooruitgang;
- terugvalpreventie.

Noteer bijzonderheden in het medisch dossier en/of logboek.

7.6.2 **Het beweeg- en voedingsplan en logboek**

Besprek aan de hand van het logboek hoe het met bewegen en voeding gaat, of het de deelnemer lukt om de plannen op te volgen, of er problemen zijn geweest en welke vragen de deelnemer heeft (met name het hoofdstuk 'Voortgang' in het logboek). Voldoen de plannen en zit de deelnemer op de lijn der verwachting (gestelde doel te behalen na 1 jaar)?

Voedingsplan: In het eerste consult stelt de diëtist in overleg met de deelnemer een voedingsplan op. Middels dit voedingsplan wordt gewerkt aan de specifieke deelnemersdoelen die met de deelnemer opgesteld zijn. De leefstijladviseur sluit met haar adviezen aan op de adviezen en het voedingsplan dat door de diëtist is opgesteld. Daarnaast intervenueert de leefstijladviseur op het voedingsprogramma. Bezoekt de deelnemer de groepsbijeenkomsten bij de diëtist? Voldoen de groepsvoorlichtingsbijeenkomsten aan de verwachtingen van de deelnemer en heeft hij het gevoel stappen voorwaarts te maken? Verwijs indien nodig de deelnemer voor een individueel consult terug naar de diëtist.

Beweegplan: Komt de deelnemer ook aan zijn wekelijkse beweegdosis? In de beginfase dient het beweegplan regelmatig bijgesteld te worden met de bedoeling dat het wekelijkse energieverbruik in de loop van de tijd geleidelijk wordt opgehoogd naar de gewenste beweegdosis. Het doel is om duurtraining te verzwaren door in eerste instantie de duur van de inspanning te verlengen en vervolgens de intensiteit van de inspanning te verlengen (bijvoorbeeld sneller te gaan fietsen, lopen et cetera). Na afronding van de fysiotherapeutische begeleiding bespreekt de leefstijladviseur ook in het opstart- en begeleid beweegprogramma eventuele wijzigingen in het beweegplan.

7.6.3 In kaart gebrachte gezondheidsprofiel

Bij de intake is het gezondheidsprofiel in kaart gebracht. Het gezondheidsprofiel geeft een indicatie voor de aandachtgebieden bij leefstijlbegeleiding en de mogelijkheden / beperkingen bij bewegen. Besteed in de vervolggconsulten aandacht aan de geïnventariseerde knelpunten en belemmeringen.

De ICF BeweegKuur (zie ook § 10.4) kan als hulpmiddel tijdens de vervolggconsulten gebruikt worden om te kijken waar belemmeringen en barrières vandaan komen. Ook kunnen eerder gesignaleerde belemmeringen nogmaals opnieuw besproken worden.

De vervolggconsulten voor deelnemers met diabetes vallen voor een deel samen met de drie maandelijks diabetescontroles. Bij diabetes deelnemers kan door een ander beweegpatroon of voedingspatroon de bloedglucoseregulatie beïnvloed worden waardoor het bijstellen van medicatie noodzakelijk is.

7.6.4 Follow-up op de voedingsadviezen van de diëtist

De begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist. Overdracht en afstemming tussen de leefstijladviseur en de diëtist met betrekking tot de voedingsadviezen is van belang.

De rol van de leefstijladviseur bij het geven van voedingsadviezen is als volgt:

- het beantwoorden van algemene vragen over voeding en het wegnemen van mythes over voeding (bijvoorbeeld bij diabetes het verbod op suiker, of bij obesitas: 'je af wilt vallen, moet je geen vet eten');
- het signaleren van problemen met de voeding;
- het zorgdragen voor verwijzing naar de diëtist;
- het motiveren en stimuleren bij het uitvoeren van de voedingsadviezen;
- het motiveren en stimuleren om deel te nemen aan groepsvoorlichting over voeding;
- het motiveren en stimuleren bij gedragsverandering betreffende voeding.

De overige taken (van het beantwoorden van inhoudelijke vragen tot het geven van advies op maat rond voedingsproblematiek) moeten uitgevoerd worden door een diëtist. De leefstijladviseur sluit hier met haar adviezen bij aan. Gebruik hierbij:

- extra informatie: voedingsadviezen (zie achtergrondinformatie op de website)
- de doelstellingen van de diëtist (logboek, hoofdstuk 'Gegevens');
- de opmerkingen en het voedingsplan van de diëtist (logboek, hoofdstuk 'Voeding').

7.6.5 Follow-up op de fysiotherapeutische begeleiding (indien van toepassing)

Sluit zoveel mogelijk aan bij de adviezen van de fysiotherapeut. Gebruik hierbij:

- de NDF richtlijn Sport en Bewegen bij Diabetes Mellitus;
- de doelstellingen van de fysiotherapeut (logboek, hoofdstuk 'Gegevens');
- de opmerkingen van de fysiotherapeut (logboek, hoofdstuk 'Beweegplannen').

7.6.6 Coördinatie en checken voortgang BeweegKuur

De leefstijladviseur is verantwoordelijk voor de coördinatie van het (zorg)proces rondom de deelnemer en draagt zorg voor de inhoudelijke afstemming van de adviezen van de betrokken zorgverleners. Check bij de deelnemer (afhankelijk van het programma) hoe de contacten verlopen, wanneer de vervolcontacten zijn gepland, hoe de deelname aan de groepsbijeenkomsten met fysiotherapeut en/of diëtist verloopt, zodat een totaalbeeld ontstaat van hoe de BeweegKuur verloopt en er zo nodig afstemming kan plaatsvinden.

7.7 Stap 3: Einde BeweegKuur

Doel:

- waarborgen continuïteit van gezonde leefstijl;
- blijven bewegen in regulier beweegaanbod en terugvalpreventie.

Betrokken disciplines

- leefstijladviseur / praktijkondersteuner;
- huisarts;
- aanbieders van regulier beweegaanbod.

Benodigde instrumenten

- sociale kaart;
- logboek BeweegKuur.

De BeweegKuur duurt maximaal één jaar. In deze periode zou het mogelijk moeten zijn gedrag te veranderen en tevens voorwaarden te scheppen voor gedragsbehoud. Deelnemers die zichtbaar een jaar lang lichamelijk actiever zijn en gezonder eten, zijn vaak zo intrinsiek gemotiveerd dat zij hun gezonde leefstijl voortzetten. Na twaalf maanden zal de reguliere begeleiding binnen de BeweegKuur daarom ook stoppen. Zoals al genoemd, is terugvalpreventie een belangrijk aandachtspunt om het effect van de begeleiding of behandeling te borgen. Met name in het traject na afloop van de BeweegKuur is het daarom van belang dat leefstijladviseur en huisarts de leefstijlverandering (beweeg- én eetgedrag) op de agenda blijven zetten en daarmee blijven monitoren.

Mensen met diabetes en/of hypertensie bezoeken vanwege hun aandoening driemaandelijks de huisartsenpraktijk. De diabetescontroles en het hypertensiespreekuur zijn bij uitstek momenten om de leefstijl ter sprake te brengen. Terugval blijft altijd mogelijk en kan op deze manier vroegtijdig gesignaleerd en opgevangen worden.

7.7.1 Evaluatie

Sluit na twaalf maanden, samen met de deelnemer, de BeweegKuur af. Gebruik hierbij technieken uit Motivational Interviewing (zie hoofdstuk 8 'Begeleiding & coaching'). Beschrijf de uitkomsten van de evaluatie in het medisch dossier. Evalueer de BeweegKuur op:

- realisatie van de gestelde doelen;
- effect van het beweegplan;
- effect van de voedingsadviezen;
- continueren van leefstijlverandering na afloop van de BeweegKuur.

7.7.2 Follow-up

In het kader van de follow-up na de BeweegKuur wordt de deelnemer overgedragen aan de zorgverlener die de reguliere controles uitvoert. Verzorg hierbij de volgende gegevens:

- verslaglegging in het kader van de BeweegKuur;
- mondelinge overdracht (indien mogelijk).

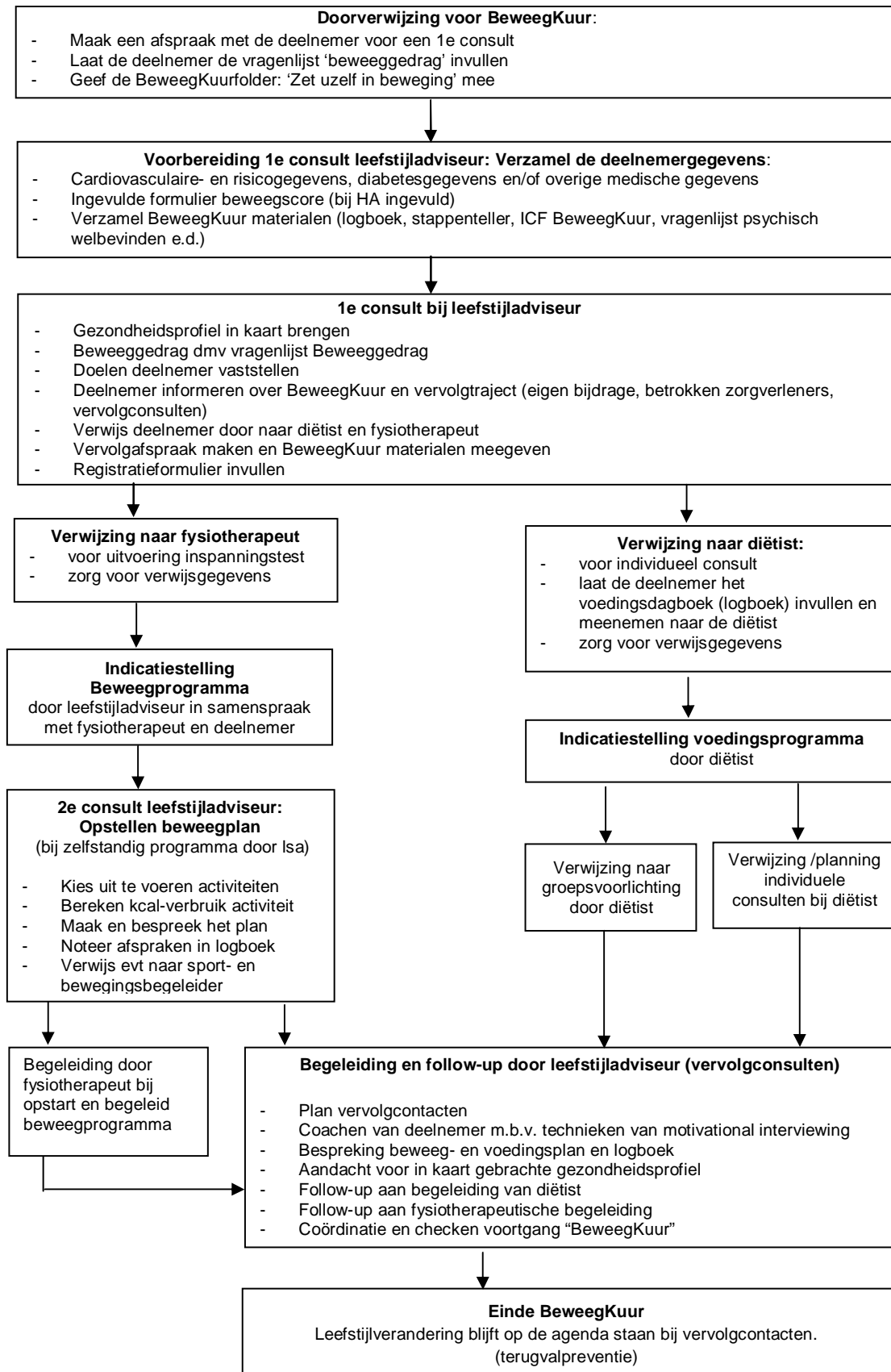
De BeweegKuur duurt maximaal één jaar; en met name in het traject na afloop van de BeweegKuur is het daarom van belang dat de leefstijladviseur, praktijkondersteuner en huisarts de leefstijlverandering (beweeg- én eetgedrag) op de 'agenda' blijven zetten en daarmee blijven monitoren.

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 volgt na een jaar BeweegKuur één jaar onderhoud waarin de deelnemer driemaandelijks op controle komt. Hierna volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase, waarbij een driemaandelijkse controle is geïndiceerd, aansluitend bij relevante richtlijnen en standaarden.

Voor mensen die deel genomen hebben aan het begeleid beweegprogramma volgt na een jaar BeweegKuur één jaar onderhoud waarin de persoon driemaandelijks op controle komt. Hierna volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase, waarbij de persoon nog driemaandelijks voor een korte controle komt en eens per jaar een uitgebreide controle op comorbiditeit plaatsvindt.

Figuur 3 De taken van de leefstijladviseur binnen de BeweegKuur



8 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing)

De BeweegKuur is een leefstijlinterventie waarin gedragsverandering een centrale plaats heeft. De manier waarop de leefstijladviseur hierin coacht en begeleidt, is mede bepalend voor een geslaagde afloop van de interventie.

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 verhelder 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 zorgverlener (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 zorgverlener 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 zorgverlener omdat hun ambivalentie meestal onbewust is.

Bij Motivational Interviewing helpt de zorgverlener de deelnemer deze ambivalentie te herkennen en er mee om te gaan. Hiervoor maakt de zorgverlener 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 zorgverlener om het gedrag van de deelnemer te begrijpen en voorspellen, laat staan te beheersen.

3. Wat is Motivational Interviewing?

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

Motivational Interviewing is directief en 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 zorgverlener gebruik maakt van verschillende principes en technieken (Miller, 2002). Hierbij is het van groot belang dat

- er vertrouwen wordt opgebouwd tussen de zorgverlener 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 zorgverlener wordt opgelegd. Het is de taak van de deelnemer en niet van de zorgverlener 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 zorgverlener.

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 zorgverlener is echter wel directief of, anders geformuleerd: Hij stuurt op de afgesproken doelen. Hierbij is de zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener om weerstandsniveaus zo laag mogelijk te houden.

3. *Ondersteun eigen-effectiviteit*

De zorgverlener 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 zorgverlener 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 voor delen van het gewenste gedrag te bespreken. De zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener en de deelnemer wijst op een afwijzing van de keuze van de deelnemer door de zorgverlener. Dit is zelfs contraproductief, omdat dit leidt tot versterking van het huidige niet gewenste gedrag.

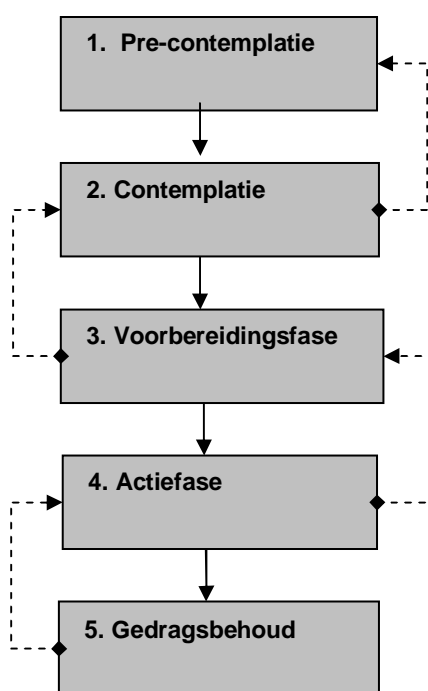
Samenvattend: De zorgverlener werkt samen met de deelnemer om de vereiste motivatie van de deelnemer te ontwikkelen zodat de deelnemer geïnspireerd is om zijn gedrag te veranderen. De nadruk ligt hierbij op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de deelnemer om de overeengekomen doelen te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

4. Stages of change

Het doel van dit model is eigenlijk om de zorgverlener 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 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. *Vorbereidingsfase*

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 zorgverlener 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 zorgverlener altijd aanbieden om advies te geven. Hij moet dat op zo'n manier doen dat de deelnemer dat – op dat moment – ook makkelijk kan weigeren of uitstellen. Bij het geven van informatie of advies is het altijd van belang om dat neutraal te doen, meerdere opties ter keuze aan te bieden en de deelnemer te vragen wat hij/zij vindt van de informatie.

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

Fase waarin de deelnemer zit	Motiverende taken van de zorgverlener
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.

Gedrag behoud	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.

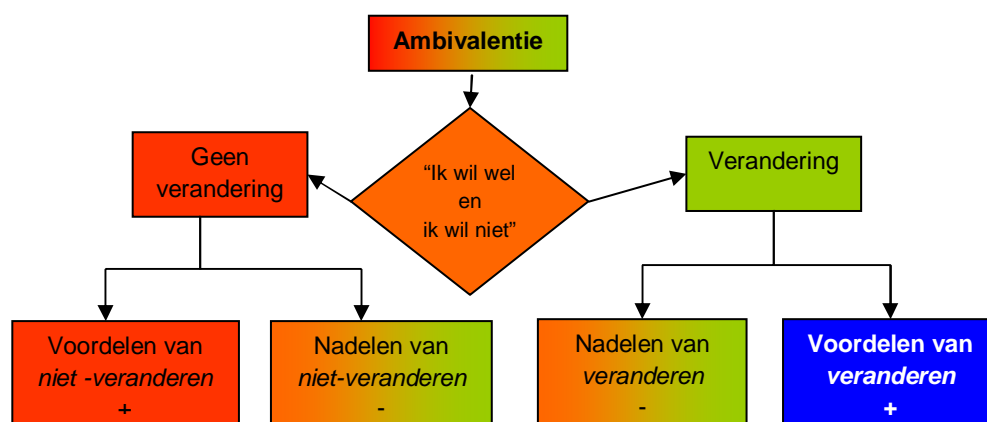
NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. De zorgverlener kan geen Stages of Change behandeling ‘doen’ met deelnemers!

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 zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener zijn indrukken aan wat de deelnemer heeft bedoeld.

De zorgverlener 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 zorgverlener, zijn bruikbaar als het vertrouwen tussen de deelnemer en de zorgverlener 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 zorgverlener 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 veranderingssuitspraken

Veranderingssuitspraken 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 zorgverlener! 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 zorgverlener. Dit betekent niet dat de zorgverlener weerstand bewust moet oproepen. Maar als in het weerstand naar voren komt, dan duidt de zorgverlener 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.*
Da's 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 zorgverlener

- 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 zorgverlener en deelnemer. Dit is een praktijkgerichte benadering.
- hieruit volgt dat er iets gedaan kan worden, zodra weerstand zich manifesteert. Een positieve duiding door de zorgverlener resulteert in een afname van het niveau van weerstand bij de deelnemer.
- weerstand is een signaal dat de deelnemer en de zorgverlener nog niet 'op dezelfde golflengte' zitten.

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

Hoe gaat de zorgverlener om met weerstand?

In plaats van argumenteren, diagnosticeren, adviseren, overtuigen of ongevraagd informatie geven, beweegt de zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener 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 zorgverlener.
- 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*
- *Voorlichtingsmethodieken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter(jan. 2007)*
- *Doen wat werkt, Coert Visser, van Duuren Management, tweede druk 2009*
- *Eindrapport van het project 'Naar vraaggestuurde dieetzorg' (2005).*

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

9 Het opstellen van een 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 op advies van de fysiotherapeut gestart wordt met het 'zelfstandig beweegprogramma' wordt het beweegplan door de leefstijladviseur samengesteld. In de andere programma's wordt dit door de fysiotherapeut gedaan. Echter, na afronding van de fysiotherapeutische begeleiding dient de leefstijladviseur ook in het 'opstart- en begeleid beweegprogramma' wijzigingen in het beweegplan door te kunnen voeren. Bij het samenstellen worden de volgende stappen doorlopen en genoteerd in het logboek (hoofdstuk 'Beweegplannen').

Voor het opstellen van het beweegplan is een excelbestand te downloaden op www.beweegkuur.nl waarmee een beweegplan opgesteld kan worden.

- Noteer de uit te voeren beweegactiviteiten zoals besproken in het eerste consult 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 (1.200 tot 2.000 kcal/week).
- Noteer het aantal minuten per training in het beweegplan.

Licht het plan toe in het daarvoor geplande contactmoment.

Berekenen energieverbruik

Voor het berekenen van het energieverbruik bestaat 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 nauwkeuriger en tegelijkertijd hanteerbare methoden beschikbaar.

Handmatig berekenen van het energieverbruik tijdens inspanning

In tabel *Tabel 3 Metabole equivalenten van enkele activiteiten* staat de intensiteit van een aantal activiteiten beschreven. Deze intensiteit is uitgedrukt in MET (metabole equivalenten). Eén 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 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.

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

Voorbeeld

Een te zware deelnemer (95 kg) met diabetes en 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 volgende pagina). In overleg met de deelnemer wordt beslist dat hij meteen begint met een trainingsfrequentie van driemaal per week.
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 calorielcalculator gebruikt worden). Bovenstaande vergelijking wordt toegepast:

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

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

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 tweemaal gaat lopen en eenmaal gaat fietsen.

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

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

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

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

4. Het aantal minuten per training in het Beweegplan noteren.
5. Als aandachtspunt wordt het fietsen met een lichte versnelling genoteerd.
6. In het follow-upcontact 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)	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	Recht op 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 kruitwagen, 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 bouwactiviteit, mijnwerk, schrijnwerk (montage)	Paardrijden in galop, low impact aerobics	Wandelen 6,5 km/u, tennis enkel, kanovaren, alpineskiën, schaatsen, basketbal, voetbal (niet competitief)
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

Vermogen (Watt)	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, verhuiswerk 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 aangepaste 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

10 Materialen BeweegKuur

In dit gedeelte zijn de materialen en hulpmiddelen opgenomen die in de BeweegKuur gebruikt worden. Het betreft het overzicht van de contactfrequentie en een aantal vragenlijsten.

1. Overzicht contactfrequentie
2. De beweegscore
3. De vragenlijst beweeggedrag
4. De ICF BeweegKuur
5. WHO-5 vragenlijst
6. Checklist intake BeweegKuur
7. Verklaring tot deelname formulier
8. De verwijsbrieven

Verscheidene verwijsbrieven en competentieprofielen zijn ook te downloaden van www.beweegkuur.nl.

Het betreft:

- verwijsbrief leefstijladviseur → diëtist;
- verwijsbrief leefstijladviseur → sport- en bewegingsbegeleider;
- verwijsbrief leefstijladviseur → fysiotherapeut;
- verwijsbrief fysiotherapeut → leefstijladviseur;
- competentieprofiel leefstijladviseur;
- competentieprofiel fysiotherapeut met aanvullende scholing binnen de BeweegKuur;
- competentieprofiel sport- en beweegbegeleider.

10.1 Overzicht contactfrequentie

In dit gedeelte zijn per programma de tabellen opgenomen die als richtlijn voor het plannen van de contactmomenten dienen. De weeknummers, te ondernemen actie en te besteden tijd worden aangegeven. Tevens worden (louter ter indicatie) de acties en contactmomenten bij de fysiotherapeut weergegeven. Parallel aan de genoemde contactmomenten bezoekt de deelnemer ook de groepsvoorlichting op het gebied van voeding of heeft hij individuele consulten bij de diëtist. De individuele contactmomenten met de diëtist vinden echter niet op vaste tijdstippen plaats en zijn daarom niet opgenomen in de tabel.

Belangrijk om te realiseren is dat de aangegeven weeknummers indicaties zijn. Een leefstijladviseur kan een contactmoment dus in een ander weeknummer inplannen indien zij dat noodzakelijk acht. In totaal dient het aantal contactmomenten echter gelijk te blijven. Elke deelnemer heeft dus recht op minimaal en maximaal vijf 'Begeleiding & follow-up'-momenten.

In het algemeen wordt het principe toegepast dat de contactfrequentie gedurende het BeweegKuur jaar langzaam afgebouwd wordt (steeds meer tijd tussen de contactmomenten).

Tabel 4 Contactfrequenties verschillende programma's

Zelfstandig beweegprogramma				Opstart beweegprogramma				Voedingsprogramma	
<i>WK nr</i>	Leefstijladviseur		Fysio	Leefstijladviseur		Fysiotherapeut		Diëtist	
	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>	<i>Aktie</i>	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>
-4	intake & doorverwijzing	60		intake & doorverwijzing	60				
-3			intake & advies			intake & advies	45		
Indicatiestelling beweegprogramma				Indicatiestelling beweegprogramma				Voedingsprogramma	
-2	beweegplan	15				beweegplan	---		
-1	uitleg beweegplan	30				uitleg beweegplan	30		
0								intake	60
1						follow-up	30		
2	begeleiding & follow-up	25						groepsvoorl	90
3						follow-up	30		
4	begeleiding & follow-up	25							
5								groepsvoorl	90
6				begeleiding & follow-up	25				
7									
8	begeleiding & follow-up	25				follow-up	30	groepsvoorl	90
9									
15								groepsvoorl	90
16	begeleiding & follow-up	25				follow-up	30		
17				begeleiding & follow-up	25				
22								groepsvoorl	90
28				begeleiding & follow-up	25				
29								groepsvoorl	90
32	begeleiding & follow-up	25							
38								groepsvoorl	90
39				begeleiding & follow-up	25				
52	begeleiding & follow-up	25		begeleiding & follow-up	25				

Begeleid Bewegprogramma							
	Leefstijladviseur		Fysiotherapeut			Diëtist	
<i>WK nr</i>	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>		<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>
-4	intake & doorverwijzing	60	12 wk	16 wk			
-3			intake, test & advies	45			
-2			bewegplan	-			
-1			uitleg bewegplan	30			
0						intake	60
1			individuele begeleiding (2xpw)	2 x 30			
2			groepstraining (3xpw)	3 x 60		groeps voorlichting	90
3			groepstraining (3xpw)	3 x 60			
4			groepstraining (3xpw)	3 x 60			
5			groepstraining (3xpw)	3 x 60		groeps voorlichting	90
6			groepstraining (2xpw)	2 x 60			
7			groepstraining (2xpw)	2 x 60			
8			groepstraining (2xpw)	2 x 60		groeps voorlichting	90
9			groepstraining (2xpw)	2 x 60			
10			groepstraining (2xpw)	2 x 60			
11			groepstraining (2xpw)	2 x 60			
12			bewegplan+ 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	groeps voorlichting 90
16			--	bewegplan + start lokaal	--	30	
18			follow-up	follow-up	30	30	
19							
20			--	follow-up	--	30	
21							
22	begeleiding & follow-up	25				groeps voorlichting	90
23			--	follow-up	--	30	
29						groeps voorlichting	90
30	begeleiding & follow-up	25					
38						groeps voorlichting	90
40	begeleiding & follow-up	25					
52	begeleiding & follow-up	25					

10.2 De beweegscore

Naam:

Datum:

Wat is uw beweegscore?

Om een indruk te krijgen van uw huidige beweegpatroon willen wij u vragen de onderstaande stellingen goed door te lezen en de stelling die op het moment het meest op uw situatie van toepassing is, te omcirkelen.

Met de omschrijving 'bewegen/sporten' wordt tenminste matig intensieve activiteiten bedoeld. Dit is een activiteit waarbij uw hartslag en ademhaling in frequentie toe zullen nemen en u warmer wordt door de inspanning (bijvoorbeeld flink wandelen en stevig fietsen).

Uw huidige lichamelijke beweegpatroon

Omcirkel slechts één getal.

1. Ik beweeg/sport op dit moment niet en ben ook niet van plan hiermee te beginnen.
2. Ik beweeg/sport op dit moment niet maar denk er over na om hiermee te beginnen.
3. Ik beweeg/sport wel, maar niet regelmatig (minder dan 2,5 uur per week).
4. Ik heb de afgelopen 1 tot 6 maanden regelmatig bewogen/gesport (minimaal 2,5 uur per week).
5. Ik beweeg/sport al langer dan 6 maanden regelmatig meer dan 2,5 uur per week.

Toelichting beweegscore

De beweegscore geeft inzicht in:

1. de hoeveelheid beweging van de deelnemer per week (1: weinig – 5: voldoende);
2. de motivatie van de deelnemer (1: laag – 5: hoog).

Deelnemers met score 5 voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen en hoeven daarom niet te worden geïnccludeerd in de BeweegKuur. Naast het beweeggedrag is de motivatie goed en bevindt deze zich in het stadium van gedragsbehoud.

Deelnemers met score 1 hebben een lage, dan wel geen motivatie voor bewegen en worden daarom, ondanks hun lage beweegniveau, niet geïnccludeerd in de BeweegKuur.

Deelnemers met score 2-3-4 zijn wel geschikt om geïnccludeerd te worden.

Gebruik van de beweegscore tijdens consult

Vorbereiding

Voorafgaand aan het consult laat de doktersassistente de deelnemer het formulier invullen, dit kan in de wachtkamer. De deelnemer neemt het formulier mee naar de huisarts.

Consult huisarts

In het consult bij de huisarts wordt de beweegscore besproken. Hierbij dient de huisarts aandacht te besteden aan het volgende:

- klopt de ingevulde score? Vraag de deelnemer om een toelichting voor het gekozen nummer;
- controleer of er geen sprake is van overschatting / onderschatting;
- check of de getoonde motivatie reëel is. U kunt dit doen door een voorbeeld te geven: Bent u bereid om 2 tot 3 keer per week een uur buiten te gaan wandelen / fietsen?

De beweegscore geeft u dus een indicatie voor het huidige beweegniveau en de motivatie om hierin een verandering te realiseren. Op basis van deze indicatie kunt u besluiten een beweegrecept (in het logboek) uit te schrijven en de deelnemer te verwijzen naar de leefstijladviseur voor een intakegesprek.

10.3 Vragenlijst beweeggedrag¹³

Doel

Deze vragenlijst helpt u bij het inzichtelijk maken van uw beweeggedrag. Hoeveel beweegt u eigenlijk zonder daar veel moeite voor te hoeven doen? Bij voorbeeld omdat het onderdeel uitmaakt van uw dagelijkse routine? (zoals hond uitlaten, wassen, koken) Hoeveel beweegactiviteiten voegt u daar zelf nog aan toe (tennis, wandelen)?

Toelichting

Neem voor u de vragen gaat beantwoorden een normale week uit de afgelopen maand in gedachten. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was?

Geef op ieder regel uw antwoord

Woon/werkverkeer	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
a. Lopen van / naar werk of school uur	...minuten
b. Fietsen van / naar het werk of school uur	...minuten
c. Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>		

Lichamelijke activiteiten op werk of school	Aantal uren per week	
a. Licht en matig inspannend werk uur
b. Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen opgetild moeten worden) uur
c. Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>	

Huishoudelijke activiteiten	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
a. Licht en matig inspannend werk (zoals koken, afwassen, strijken etc.) uur	... minuten
b. Zwaar inspannend werk (zoals vloeren schrobben, met zware boodschappen lopen) uur	... minuten
c. Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>		

Vrije tijd	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
a. Wandelen uur	... minuten
b. Fietsen uur	... minuten
c. Tuinieren uur	... minuten
d. Klussen / doe-het-zelven uur	... minuten
e. Sport:			
▪ voetbal uur	... minuten
▪ tennis uur	... minuten
▪ zwemmen uur	... minuten
▪ anders namelijk: uur	... minuten
..... uur	... minuten
..... uur	... minuten
f. niet van toepassing	<input type="checkbox"/>		

¹³ Verkorte SQUASH, Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid – standaardvraagstelling bewegen TNO rapport juni 2007

10.4 De ICF BeweegKuur

De ICF BeweegKuur is een handig hulpmiddel bij de begeleiding van een deelnemer die deelneemt aan de BeweegKuur. ICF staat voor '*International Classification of Functioning, disability and health*'.

Het formulier kan worden gebruikt door de leefstijladviseur om het gezondheidsprofiel en daarop van invloed zijnde factoren in kaart te brengen. Het geeft informatie die bruikbaar is bij het coachen en motiveren van de deelnemer naar actief beweeggedrag. Door middel van het bespreken en invullen van het schema met de deelnemer wordt een beeld gekregen van de fysieke mogelijkheden van de deelnemer en belemmeringen om te bewegen als gevolg van zijn ziekte / aandoening.

Daarnaast krijgt u inzicht in de individuele persoonskenmerken van de deelnemer en de externe factoren (zoals familie en vrienden) die invloed kunnen hebben op het beweeggedrag. Deze onderdelen kunnen niet los worden gezien van de fysieke mogelijkheden van de deelnemer. Alle onderdelen in het schema hebben invloed op elkaar, soms positief, ofwel bevorderend soms negatief ofwel belemmerend.

Het invullen van het formulier levert dus waardevolle informatie op voor en tijdens de coaching van de deelnemer!

Let op: de ICF BeweegKuur is een hulpmiddel bij de begeleiding van de deelnemer, het invullen is geen doel op zich.

Wanneer wordt de ICF BeweegKuur gebruikt?

De ICF BeweegKuur kan op verschillende momenten tijdens de BeweegKuur worden gebruikt, namelijk tijdens de intake en / of later tijdens de begeleidingsmomenten.

Mogelijkheden:

1. u bespreekt het schema tijdens het intakegesprek met de deelnemer en vult het schema in aan de hand van de bijbehorende vragen.
2. u bespreekt tijdens het intakegesprek het schema met de deelnemer en kiest zelf welke vragen u daarbij aan bod wilt laten komen.
3. u wilt tijdens een begeleidingsmoment met de deelnemer onderzoeken waar belemmeringen en barrières vandaan komen en maakt een selectie uit de vragen en gebruikt deze tijdens het gesprek.
4. u hebt tijdens het intake gesprek met de deelnemer het formulier ingevuld en wilt later tijdens de BeweegKuur de situaties nog eens in kaart brengen. Hiermee kan een duidelijke vooruitgang of achteruitgang in de domeinen worden vastgesteld.
5. informatie uit het schema kunnen als 'agendapunten' terug komen in follow-upcontacten.

Werkwijze bij de ICF BeweegKuur

In figuur 1 staat per vakje een aantal vragen. De antwoorden hierop schrijft u in het corresponderende vakje van een leeg formulier. Vervolgens kijkt u welke relaties er bestaan tussen de vakjes en de opgeschreven antwoorden.

In figuur 2 vindt u een uitgewerkt voorbeeld. Een onderliggende relatie in dit voorbeeld is de knieprothese die nodig is maar waarvoor de deelnemer nog op de wachtlijst staat. Dit heeft invloed op de loop- en fietsmogelijkheden van de deelnemer.

**Aandoening, risicofactoren,
gezondheidsproblemen**
.....



MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING

**Lichamelijke en mentale gevolgen
van de aandoening**

Bent u snel vermoeid?
Heeft u genoeg energie?
Waar heeft u als gevolg van uw aandoening last van?
Kunt u zich goed bewegen?
Bent u bang om te bewegen? (vanwege pijn of iets anders)
Heeft u nog andere lichamelijke problemen?

Wat zijn de lichamelijke en mentale gevolgen van de aandoening?

(Beperkingen in) **Activiteiten en handelen**

Heeft u moeite met het uitvoeren van dagelijkse handelingen (kleden, wassen, eten, drinken, toiletgang)?
Kunt u zelf voetcontrole doen (indien van toepassing)?
Heeft u moeite met lopen, tillen, dragen, fietsen, autorijden?
Kunt u boodschappen doen, koken, huishouden doen?

Welke normale handelingen kan de deelnemer door de lichamelijke en mentale gevolgen niet meer?

(Beperkingen in) **Participatie in maatschappij**

Kunt u deelnemen aan groepsactiviteiten?
Kunt u uw werk / opleiding zoals gewoonlijk uitvoeren?
Wat doet u in de vrije tijd?
Bent u lid van een beweegclub?

Welke deelnameproblemen heeft de deelnemer in de maatschappij als gevolg van lichamelijke en mentale problemen?

Externe factoren (familie, vrienden, voorzieningen)

Gebruik hulpmiddelen
Omgang met medicatie (bijwerkingen)
Hulp van familie, vrienden, collega's, hulpverleners
Invloed van sociale normen en meningen van anderen, familie, vrienden, collega's etc.
Regelmogelijkheden op het werk (pauze, medicatie toedienen)
Gezinssituatie
Woonomgeving
Budget, financiën

Welke van bovenstaande factoren hebben invloed (positief of negatief) op de activiteiten en het handelen?

Individuele/persoonlijke kenmerken deelnemer (zijn, denken, weten, willen)

Geslacht :
Leeftijd :
Partner :
Kinderen :
Karaktereigenschappen :
Leefstijl waaronder :
Bewegen: Wat doet u nu? (Vragenlijst Beweeggedrag)
Eerdere ervaringen met sport of bewegen?
Voeding: Weet u wat goede / gezonde voeding is?
Heeft u een diëtist bezocht?

Wat is de invloed van de individuele kenmerken op de activiteiten en de participatie in de maatschappij?

Voorbeeld



MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING

1. Aandoening, risicofactoren, gezondheidsproblemen
Overgewicht en diabetes
.....

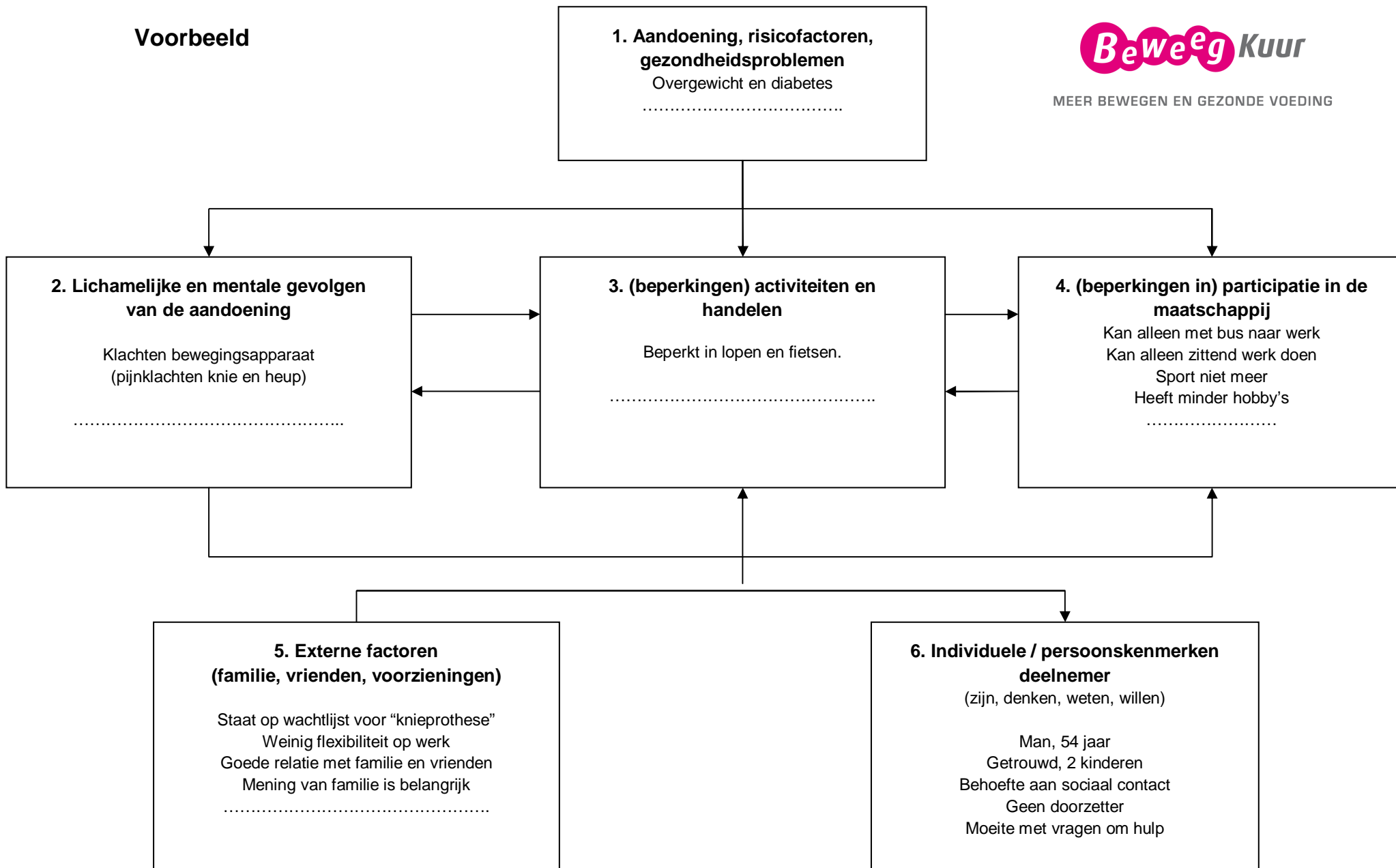
2. Lichamelijke en mentale gevolgen van de aandoening
Klachten bewegingsapparaat (pijnklasten knie en heup)
.....

3. (beperkingen) activiteiten en handelen
Beperkt in lopen en fietsen.
.....

4. (beperkingen in) participatie in de maatschappij
Kan alleen met bus naar werk
Kan alleen zittend werk doen
Sport niet meer
Heeft minder hobby's
.....

5. Externe factoren (familie, vrienden, voorzieningen)
Staat op wachtlijst voor "knieprothese"
Weinig flexibiliteit op werk
Goede relatie met familie en vrienden
Mening van familie is belangrijk
.....

6. Individuele / persoonskenmerken deelnemer
(zijn, denken, weten, willen)
Man, 54 jaar
Getrouwd, 2 kinderen
Behoeft aan sociaal contact
Geen doorzetter
Moeite met vragen om hulp



ICF

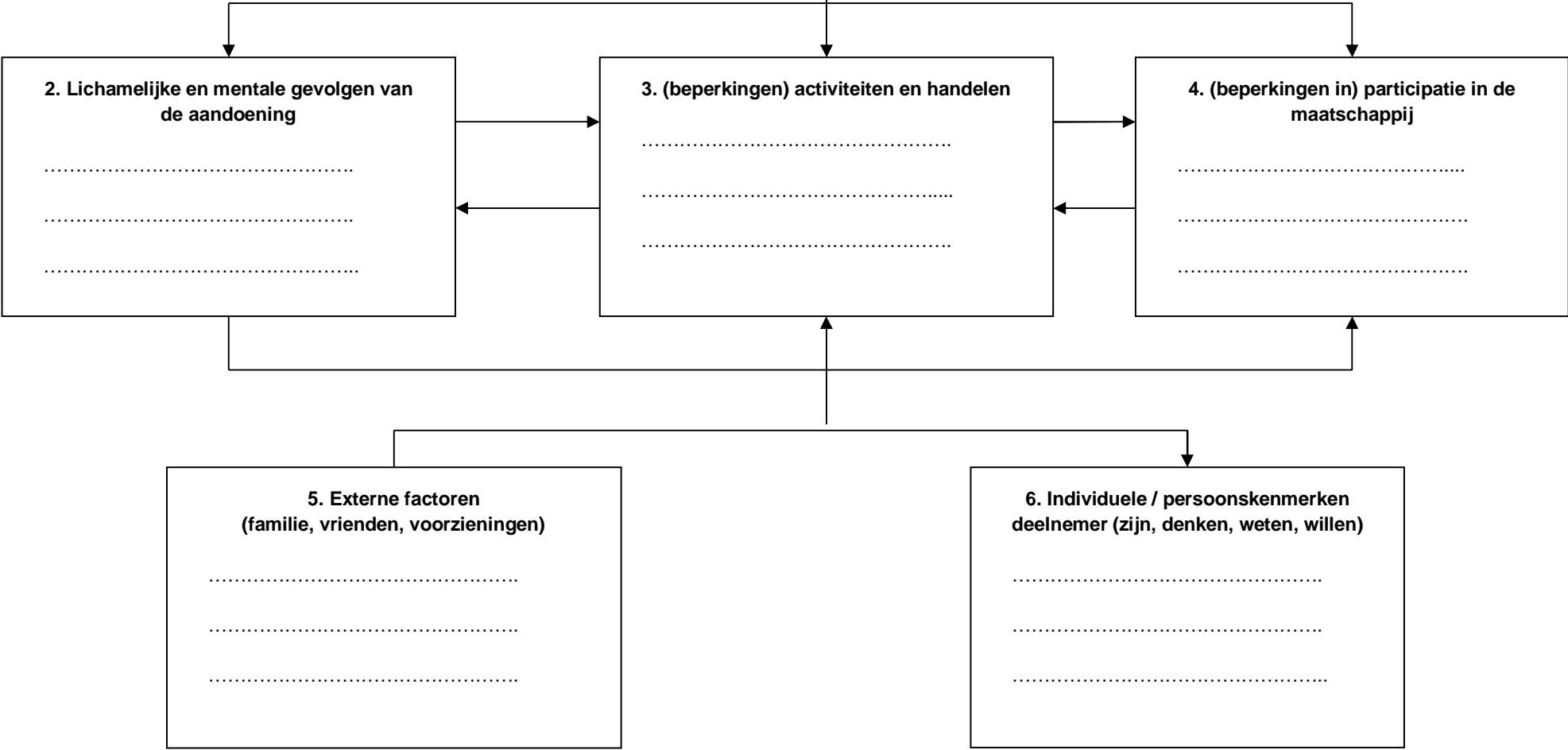
Naam:

Datum:

1. Aandoening, risicofactoren,
gezondheidsproblemen
.....
.....



MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING



10.5 Verklaring deelnemer:

Wij vragen u de onderstaande verklaring te ondertekenen.

Ja, ik doe mee aan de BeweegKuur.

Ik ga akkoord met het volgende^{†††}:

- Door het tekenen van deze overeenkomst verklaar ik dat ik bereid ben om mij, onvoorziene omstandigheden uitgesloten, volledig in te zetten voor een gezond beweegen voedingspatroon door middel van deelname aan de BeweegKuur.
- Ik geef NISB (Nederlands Instituut voor Sport en Beweging) toestemming om mijn gegevens geanonimiseerd te gebruiken voor evaluatieonderzoek.
- Daarbij geldt de beperking dat mijn privacy wordt beschermd, doordat:
1. de gegevens door de leefstijladviseur niet met naam, adres en woonplaats, worden doorgestuurd.
 2. de gegevens niet op individueel niveau (maar alleen op groepsniveau) worden geanalyseerd en gerapporteerd.

Datum:

Naam:

Handtekening:

^{†††} Aanvinken wat van toepassing is

10.6 WHO (vijf) Welzijnsindex (1999 versie)

U wordt gevraagd voor ieder van de vijf uitdrukkingen aan te geven welke het best weergeeft hoe u zich heeft gevoeld tijdens de laatste twee weken. Hogere scores betekenen zich beter voelen.

Voorbeeld: Als u zich “Gedurende de laatste twee weken en voor meer dan de helft van de tijd in een “vrolijke en opperbeste stemming” heeft gevoeld, dan kunt u ter hoogte van de eerste regel het vak met nummer 3 in de rechterhoek aankruisen.

Gedurende de laatste 2 weken	Constant	Meestal	Meer dan de helft van de tijd	Minder dan de helft van de tijd	Soms	Helemaal niet
1. Ik voelde me vrolijk en in opperbeste stemming	5	4	3	2	1	0
2. Ik voelde me rustig en ontspannen	5	4	3	2	1	0
3. Ik voelde me actief en doelbewust	5	4	3	2	1	0
4. Ik voelde me fris en uitgerust wanneer ik wakker werd	5	4	3	2	1	0
5. Mijn dagelijkse leven was gevuld met dingen die me interesseren	5	4	3	2	1	0

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Instructies voor het berekenen van uw score.

Om de uitslag te berekenen, moet men de nummers in de rechter bovenhoek van de hokjes die door u aangekruist zijn optellen en de som met 4 vermenigvuldigen.

U krijgt dan een uitslag tussen de 0 en de 100. Hoe hoger de uitslag, hoe beter u zich voelt.

10.7 Checklisten leefstijladviseur

Op de volgende bladzijden vind je de verschillende checklisten

1. voorbereiding intake BeweegKuur;
2. checklist eerste consult;
3. checklist tweede consult;
4. checklist vervolgsconsulten.

10.7.1 Checklist: Voorbereiding intake BeweegKuur

Persoonsgegevens	
Naam	
Geboortedatum./geslacht:	M/V
Adres:	
Postcode en plaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Naam huisarts:	
Verzekering:	

Cardiovasculaire risicogegevens	
Bloeddruk / RR	
Cholesterol	
Inspanningsgerelateerde kortademigheid	
Fysieke deconditionering	
Beperking van duurinspanning	
Cardiovasculair event / event in verleden	
BMI	
Buikomvang	
Erfelijke belasting	
Roken	
Alcohol	
Voeding	

Diabetesgegevens	
HbA1c / Gluc N	
Diabetes duur	
Albuminurie	
Retinopathie	
Neuropathie	
Medicatie	
Bijwerking medicatie	

Overige medische gegevens	
Nevenpathologie	
Recente klachten bewegingsapparaat	
NSAID gebruik	

Beweegscore	1 – 2 – 3 – 4 – 5 (omcirkelen)
Omschrijving beweeggedrag	

10.7.2 Checklist eerste consult

Naam	
Datum	

DD	Thema's	Benodigheden
	Gezondheidsprofiel in kaart brengen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medisch dossier ▪ ICF formulier ▪ Vragenlijst beweeggedrag ▪ WHO-5
	Doelen vaststellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logboek
	Informatie verstrekken BeweegKuur-traject <ul style="list-style-type: none"> ▪ opzet BeweegKuur (beweging/voeding/gedragsverandering) ▪ beweegplan ▪ groepsbijeenkomsten en individuele consulten diëtist ▪ betrokken zorgverleners ▪ inspanningstest ▪ eigen bijdrage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folder BeweegKuur
	Doorverwijzen naar fysiotherapeut voor inspanningstest	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwijsbrief leefstijladviseur - fysiotherapeut
	Doorverwijzen naar diëtist voor individueel consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwijsbrief leefstijladviseur - diëtist
	Vervolgafspraak maken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agenda ▪ Overzicht contactmomenten
	BeweegKuur materialen meegeven	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logboek ▪ Verklaring van deelname ▪ Bidon ▪ Pen ▪ Eventueel BeweegKuur folder ▪ Eventueel stappenteller (lenen)
	Registratieformulier invullen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitaal formulier

10.7.3 Checklist tweede consult

Naam	
Datum	

DD	Thema's	Benodigheden
	Opstellen en/of bespreken individueel beweegplan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brief uitslag inspanningstest en advies beweegplan ▪ Vragenlijst beweeggedrag ▪ ICF formulier
	Doorverwijzen naar lokale sport-/bewegingsbegeleider	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociale kaart
	Vervolgcontacten plannen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agenda ▪ Overzicht contactmomenten
	Uitslag inspanningstest toevoegen aan registratieformulier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitaal formulier

10.7.4 Checklist vervolgconsulten

Naam	
Datum	

DD	Thema's	Benodigheden
	Coachen van deelnemer met behulp van technieken van Motivational Interviewing	
	Beweegplan bespreken en eventueel aanpassen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logboek
	Follow-up aan fysiotherapeutische begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (in overleg met fysiotherapeut)
	Voedingsplan bespreken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logboek
	Follow-up aan begeleiding van diëtist	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (in overleg met diëtist)
	Algehele voortgang bespreken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logboek ▪ Gezondheidsprofiel ▪ ICF BeweegKuur ▪ Registratieformulier
	Coördinatie en checken voortgang 'BeweegKuur'.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Overleg met andere BeweegKuur zorgverleners

10.8 Verwijsbrief BewegKuur (leefstijladviseur → diëtist)

Naam leefstijladviseur:	Naam deelnemer:	M / V
Adres:	Geboortedatum/geslacht:	
Postcode en plaats:	Adres:	
Telefoon:	Postcode en plaats:	
E-mail:	Telefoon:	
Naam huisarts:	Verzekering:	
	Datum:	

KLACHT, HULPVRAAG

Klacht, hulpvraag

ANAMNESE, VOORGESCHIEDENIS, LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Anamnese

- risicovol leefgedrag
- familie anamnese
- psychosoc. anamnese
- beperking, handicap

Voorgeschiedenis

- Aandoeningen / comorbiditeit
- Dieetgeschiedenis
- Overig

Lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk
- Gewicht
- BMI
- Buikontrek

AANVULLEND ONDERZOEK

- Bloedonderzoek (HbA1c, bloedglucose-waarden, vetspectrum)
- Overig

INGESTELDE BEHANDELING, BESPREKING, DIAGNOSE

- Zelfstandig Bewegprogr.
- Opstartprogramma
- Begeleid Bewegprogr.

Bespreking:

Conclusie of diagnose:

MEDICATIE TOTAAL

Actuele medicatie:

VRAAGSTELLING EN PROCEDUREVOORSTEL

Besproken & toestemming van deelnemer voor uitwisseling gegevens

met collegiale groet,

10.9 Verwijsbrief Beweging Kuur (leefstijladviseur → fysiotherapeut)

Naam		Naam deelnemer:	
Leefstijladviseur:		Geboortedatum/geslacht:	M / V
Adres:		Adres:	
Postcode en plaats:		Postcode en plaats:	
Telefoon:		Telefoon:	
E-mail:		Verzekering:	
Naam huisarts:			

Datum:

KLACHT, HULPVRAAG

Klacht, hulpvraag

ANAMNESE, VOORGESCHIEDENIS, LICHAMELIJK ONDERZOEK

Anamnese

- Risicovol Leefgedrag
- Familie Anamnese
- Beperking, Handicap
- Beweeggedrag
- Omgevingsfactoren

Voorgeschiedenis

- Cardiovasculair
- Orthopedisch
- Comorbiditeiten

Lichamelijk Onderzoek

- Bloeddruk
- BMI + Gewicht
- Buikontrek

Aanvullend Onderzoek

- Cardiaal
- Uitslag Cardiovasculair Risicoprofiel
- Overig

 verhoogd gewichtsgelateerd risico
 hoog gewichtsgelateerd risico
 zeer hoog gewichtsgelateerd risico

MEDICATIE TOTAAL

- Actuele medicatie:

INGESTELDE BEHANDELING, BESPREKING, DIAGNOSE

Invullen na advies FT:

- Bewegingsgerelateerde klachten
- Startdrempel

 zelfstandig beweegprogramma
 opstartprogramma
 begeleid beweegprogramma

Bespreking:

Conclusie of diagnose:

VRAAGSTELLING EN PROCEDUREVOORSTEL

Besproken & toestemming van deelnemer voor uitwisseling gegevens met collegiale groet,

10.10 Verwijsbrief BeweegKuur (leefstijladviseur → sport- en bewegingsbegeleider)

naam leefstijladviseur:		naam deelnemer:	
adres:		geboortedatum/geslacht:	M / V
postcode en plaats:		adres:	
telefoon:		postcode en plaats:	
E-mail:		telefoon:	
Datum:		verzekering:	

RELEVANTE MEDISCHE GEGEVENS

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

DOELSTELLINGEN

- Fysiotherapeutische doelen:
- BeweegKuur doelen:

FYSIEKE MOGELIJKHEDEN / BEPERKINGEN

- Mogelijkheden:
- Beperkingen:

MOTIVATIE DEELNEMER

OVERIG

Besproken & Toestemming van deelnemer voor uitwisseling gegevens:

met collegiale groet,

10.11 Overdrachtbrief BeweegKuur fysiotherapeut → leefstijladviseur

naam fysiotherapeut:
 adres:
 postcode en plaats:
 telefoon:
 E-mail:
 naam huisarts:

naam deelnemer:
 geboortedatum/geslacht:
 adres:
 postcode en plaats:
 telefoon:
 verzekering:
 datum:

M / V

HULPVRAAG

Hulpvraag:

FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK

Stoornis:
 Beperking:
 Handicap:
 Testgegevens:

FYSIOTHERAPEUTISCHE DOELEN

ADVIES BEWEEGPROGRAMMA

Beweegprogramma:
 Zelfstandig programma
 Opstartprogramma
 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,