



## Bewegen naar Beter

Begeleiding naar duurzaam gezond beweeggedrag bij mensen met Diabetes-type II en (een verhoogd risico op) hart-en vaatziekten in de ketenzorg

### Een verkenning

*Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam*

*Dr. Anita Feleus*

*Drs. Hannah de Boer*

*Dr. Maarten Schmitt*

*30 april 2019, Rotterdam*

praktijkgericht **onderzoek**

Kenniscentrum  
Zorginnovatie



## Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	7
1.1	Aanleiding .....	7
1.2	Bewegen naar Beter.....	8
1.3	Opdracht en vraagstelling .....	9
2.	Methode .....	9
2.1	Respondenten.....	10
2.2	Haalbaarheid.....	10
2.3	Informatieverzameling .....	11
2.4	Data analyseren .....	12
2.5	Zorgvuldigheid .....	12
3.	Resultaten .....	13
3.1	Bereiken van de doelgroep .....	13
3.2	Verandering in beweeggedrag op 6 en 12 maanden na inclusie voor Bewegen naar Beter .....	14
3.2.1	Aanmelding en kenmerken deelnemers .....	14
3.2.2	Beweeggedrag op 6 en 12 maanden na inclusie voor Bewegen naar Beter ..	17
3.2.3	Verandering in opgestelde persoonlijke beweegdoelen op 12 maanden .....	18
3.2.4	Veranderingen in Body Mass Index (BMI) op 12 maanden .....	19
3.3	Implementatie.....	19
3.3.1	Percentage cliënten dat op 6 en 12 maanden na de start deelneemt aan regulier beweeg- of sportaanbod.....	19
3.3.2	Ervaringen van cliënten met Bewegen naar Beter, en ervaren drempels en bevorderende factoren om duurzaam meer te gaan bewegen .....	20
4.	Discussie en conclusie .....	26
5.	Aanbevelingen.....	30
	Referenties .....	32
	Bijlagen .....	33
	Bijlage 1 Stroomdiagram trajecten Bewegen naar beter .....	34
	Bijlage 2 Samenvatting tussenrapportage.....	35
	Bijlage 3 Afspraken over verwijzen en terugverwijzen (voorzet) .....	36
	Bijlage 4 Oorspronkelijke steekproefberekening grotere cohortstudie .....	37
	Bijlage 5 Overzicht onderdelen vragenlijst .....	38

Bijlage 6	Intakeformulier .....	39
Bijlage 7	Vragenlijst 1 .....	41
Bijlage 8	Interview protocol storytelling .....	51
Bijlage 9	Codelijst Interviews.....	53

## Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de pilotstudie 'Bewegen naar Beter'. Hierin zijn met behulp van kwalitatieve als kwantitatieve data ervaringen en beweggedrag van cliënten Diabetes type 2 (DM-2) en cliënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ) in kaart zijn gebracht.

Deze pilotstudie is uitgevoerd in opdracht van huisartsenzorggroep IZER, Rotterdam Sport Support, FysioHolland en MEE Rotterdam Rijnmond.

Het rapport is tot stand gekomen met hulp van de professionals en cliënten en inzet van studenten van Hogeschool Rotterdam.

Anita Feleus, Hannah de Boer, Maarten Schmitt

Kenniscentrum Zorginnovatie

30 april 2019

# Samenvatting van het project

## *Inleiding*

In de eerstelijnszorg is de begeleiding van cliënten met Diabetes type 2 (DM-2) en cliënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ), één van de speerpunten. De begeleiding naar duurzaam gezond beweeggedrag en het gebruik van regulier beweegaanbod in de stad Rotterdam lukt niet altijd. Binnen Bewegen naar Beter (BnB) wordt er gestreefd naar het aanpakken van gesignaleerde knelpunten rondom het op maat begeleiden en afstemmen/samenwerken in de bestaande begeleidingstrajecten, ter verbetering van duurzaam gezond beweeggedrag. Het doel van deze pilotstudie was om de mogelijke meerwaarde van BnB te beschrijven en te analyseren met daarbij ervaringen van deelnemers meegenomen.

## *Methode*

In deze pilotstudie is in de periode oktober 2016-2018 informatie verzameld over: (1) het bereiken van de doelgroep, (2) evaluatie van het traject, en (3) aspecten van adaptatie, implementatie en duurzame toepassing aan de hand van aspecten van het RE-AIM model. Hiertoe is in 4 praktijken onderzocht hoeveel mensen bereikt kunnen worden met BnB (1), en zijn interviews gehouden (storytelling) en vragenlijsten afgenomen verspreid over een periode van 12 maanden (2 en 3). In totaal hebben 10 praktijken deelgenomen aan de pilotstudie. Aanvullend zijn mensen aangemeld via fysiotherapeut of sportconsulent. In totaal zijn 34 cliënten aangemeld. Hiervan hebben 25 cliënten deelgenomen aan de vragenlijsten en 17 cliënten aan de gesprekken.

## *Resultaten*

### *(ad 1) Bereiken van de doelgroep*

Per praktijk worden gemiddeld 258 mensen in de ketenzorg DM-2 of CVRM begeleid<sup>1</sup>. In de 4 deelnemende praktijken vonden in een periode van 3 maanden 272 consulten met cliënten in de ketenzorg plaats. Van hen voldeden 44 cliënten (16,2%) aan alle inclusie criteria voor Bewegen naar Beter (overgewicht, niet voldoen aan beweegnorm en gemotiveerd om actiever te worden). Uitgaande van een normpraktijk van 2095 patiënten, komt de schatting neer op 41 mensen per praktijk in de ketenzorg DM-2 of CVRM die volgens de inclusiecriteria in aanmerking komen voor Bewegen naar Beter.

### *(ad 2) Evaluatie*

Bij het inventariseren van veranderingen in beweeggedrag bleek na 6 maanden 55,0% van de deelnemers te voldoen aan de NNGB maar nam af naar 38,9% op 12 maanden. Desondanks scoren deelnemers bij aanvang hoog op zowel het belang van bewegen als het vertrouwen.

Op 12 maanden was op 30,2% van de beweegdoelen (aantal doelen=43)<sup>2</sup> verbetering gerapporteerd, en op 14,0% van de doelen 2 punten of meer achteruitgang. Ondanks het begeleidingstraject bleek het moeilijk om actiever te worden en vooral om het vast te houden. Een reden die in 23% van de beweegdoelen werd aangegeven als verklaring voor moeite houden met het uitvoeren van activiteiten was het ervaren van pijnklachten (meestal betrof het chronische pijn in lage rug of knieën, pijn in de benen of een brandend gevoel in de voeten).

### *(ad 3) Adaptatie, implementatie en duurzame toepassing*

Van de deelnemers bleek het percentage dat lid was van een sportvereniging op 12 maanden duidelijk toegenomen te zijn van 28% naar 47%. Streven naar gezondheid en fitheid, en het ervaren van positieve effecten op de gezondheid met daarbij het weer kunnen uitvoeren van betekenisvolle activiteiten voor en met anderen werd als belangrijke motivator gezien. Daarnaast hielden plezier en sociale contacten in een passende

---

<sup>1</sup> Uitgaande van de verdeling in de praktijken die worden begeleid door IZER. (Bronpopulatie V2.0)

<sup>2</sup> Verandering is gedefinieerd als 2 punten of meer verandering op de schaal van 0-10

groep, het bewegen leuk en stimulerend. Ook hielp het wanneer iemand eerder positieve ervaringen had met bewegen. Daarnaast werd goede begeleiding belangrijk gevonden met een positieve benadering, betrokkenheid, een positieve sfeer en met aandacht voor de fysieke mogelijkheden en interesses van de cliënt. Daarbij horend gerichte adviezen, bijsturing en monitoring ter ondersteuning in een veilige trainingsomgeving. Ook kregen mensen na verloop van tijd te maken met *nieuwe* aandoeningen/klachten of stressvolle situaties, waardoor aanpassingen nodig waren. In relatie tot de professionals werden bejegening, heldere communicatie en het afstemmen van verwachtingen aangegeven als belangrijk.

#### *Conclusie en aanbevelingen*

Op basis van bevindingen in deze pilotstudie, zonder controlegroep, zijn er aanwijzingen dat Bewegen naar Beter voor een deel van de deelnemers kan bijdragen aan het behalen van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen op 6 maanden. Op 12 maanden blijkt een lager percentage de NNGB nog te halen. Wel zijn er op 12 maanden meer mensen lid van een sportvereniging.

Door deelnemers wordt aangegeven dat betrokken begeleiding op maat belangrijk is waarbij wordt aangesloten bij de (fysieke) mogelijkheden en wensen, in een positieve, laagdrempelige en-veilige omgeving.

Daarnaast is het van belang om:

- Duurzaam gezond beweeggedrag (als onderdeel van het begeleidingstraject in de ketenzorg) bespreekbaar te maken,
- Alert te zijn op veranderingen in de persoonlijke (gezondheids)situatie die aanpassingen in ondersteuning vragen,
- Verwachtingen na te gaan en af te stemmen.

Tussen professionals is een goede communicatie en afstemming/terugkoppeling van belang, evenals bekendheid met de sportdatabase, en daarnaast het kennen van elkaars taken en expertise. Daarnaast is een korte wachtlijst voor de sportconsulent aangegeven als aandachtspunt om de aanpak optimaal uit te kunnen blijven voeren.

Bij het uitvoeren van een grote trial is het wenselijk om de praktijkondersteuners te ontlasten, de informatieverzameling verder te digitaliseren en de logistiek te vereenvoudigen om de (tijd)belasting te verminderen en instroom te bevorderen. Wat betreft de uitkomst en het traject is het wenselijk om geachte werkzame onderdelen van Bewegen naar Beter te monitoren en te werken met een valide en responsieve activiteitenmeter.

NB. Conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd op de informatie die verzameld is in de periode oktober 2016-2018. Ook zijn hierbij bevindingen uit de tussenrapportage, gecommuniceerd in het voorjaar van 2017, meegenomen.

# 1. Inleiding

Dit rapport is de eindrapportage van de pilotstudie 'Bewegen naar Beter'. Hierin zijn met behulp van kwalitatieve als kwantitatieve informatie ervaringen en beweeggedrag van cliënten Diabetes type 2 (DM-2) en cliënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ) in kaart gebracht.

Deze pilotstudie is uitgevoerd in opdracht van huisartsenzorggroep IZER, Rotterdam Sport Support, FysioHolland en MEE Rotterdam Rijnmond.

Het rapport is tot stand gekomen met hulp van professionals en cliënten, en studenten van Hogeschool Rotterdam.

## 1.1 Aanleiding

Suikerziekte ofwel Diabetes Mellitus type II en hart- en vaatziekten (HVZ) behoren tot de meest voorkomende chronische ziekten, vooral op oudere leeftijd. Landelijk gaat het om ongeveer 834.000 mensen met Diabetes Mellitus die bekend zijn bij de huisarts, waarvan 90% type 2 (DM-2) heeft. Voor HVZ gaat het om zo'n 969.000 mensen. Geschat wordt dat er ongeveer 50 cliënten per 1000 personen in de huisartspraktijk met DM-2 zijn. Voor HVZ ligt het aantal cliënten rond de 46 per 1000 voor mannen, en rond de 26 per 1000 voor vrouwelijke cliënten (Bilthoven, 2019). In de toekomst wordt een verdere toename van deze chronische ziekten verwacht. Voor Rotterdam zijn de geschatte cijfers in 2030: 44.000 volwassenen met DM-2, en 40.000 met HVZ (Kaljouw, 2015). Beide ziekten kunnen grote consequenties hebben voor de gezondheid, en daarmee ook voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Voor DM-2 zijn de meest voorkomende problemen: schade aan bloedvaten en zenuwweefsel en treden op den duur vaak complicaties op zoals: HVZ, blindheid, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen. Bij HVZ komen frequent ziekenhuisopnames voor. Beide aandoeningen vergroten de kans op vroegtijdige sterfte. De zorgkosten van DM-2 en HVZ bedroegen in 2011, respectievelijk zo'n 1,7 miljard en 8,2 miljard euro (Bilthoven, 2019).

Het staat vast dat bewegen veel positieve effecten heeft op de gezondheid. Naast het ondersteunen van een gezond gewicht, dat op zichzelf ook een risicofactor is voor beide ziektes, draagt bewegen bij aan de normalisering van de bloedsuikerspiegel bij DM-2, en aan een verminderd aantal ligdagen in het ziekenhuis bij HVZ (Hoffmann et al., 2016). Desondanks voldoet de meerderheid van de mensen met DM-2 of HVZ niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Het percentage van mensen met DM-2 of HVZ dat voldoet aan de NNGB blijft ruim achter ten opzichte van gezonden van dezelfde leeftijd (RIVM, 2015).

### HUIDIGE SITUATIE

In de eerstelijnszorg is de begeleiding van cliënten met Diabetes type 2 (DM-2) en cliënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ) één van de speerpunten. Door het monitoren van cliënten met deze ziekten, kunnen (beïnvloedbare) risicofactoren tijdig worden gesignaleerd en aangepakt om complicaties van de ziekte en daaraan gerelateerde beperkingen zoveel mogelijk te voorkomen. Het bespreken en positief beïnvloeden van leefstijl, vooral ten aanzien van bewegen, speelt hierbij een belangrijke rol. In de dagelijkse praktijk stuiten zorgprofessionals op het feit dat bij cliënten met een laag beweegniveau, informatieverstrekking en advisering alleen, onvoldoende zijn om daadwerkelijk langdurig gezond beweeggedrag te realiseren. Het slagen van de begeleiding naar duurzaam gezond beweeggedrag en het gebruik van regulier beweegaanbod in de stad Rotterdam is echter lastig omdat:

1. Praktijken onvoldoende overzicht hebben over de mogelijkheden om bewegen te stimuleren op wijkniveau, passend bij het activiteitsniveau en de persoonlijke situatie van de cliënt
2. Zorgverleners uit de huisartsenpraktijk beperkte tijd hebben om te besteden aan het stimuleren van leefstijl
3. Zorgverleners uit de huisartsenpraktijk geen specialisten zijn op het gebied van bewegen
4. Cliënten in de huisartsenpraktijk niet elke maand gezien worden, wat het bewerkstelligen van de gedragsverandering die nodig is om actiever te worden en te blijven bemoeilijkt
5. Cliënten na deelname aan een tijdelijk beweegaanbod vaak terug blijken te vallen in hun oude beweeggedrag.

## 1.2 Bewegen naar Beter

Om de ervaren knelpunten rondom begeleiding naar duurzaam gezond beweeggedrag aan te pakken, is de aanpak Bewegen naar Beter uitgewerkt. Bewegen naar Beter is opgezet door IZER, Rotterdam Sport Support, FysioHolland en MEE Rotterdam Rijnmond. Hierbij wordt:

- Overzicht geboden over de mogelijkheden tot bewegen in de wijk, passend bij het activiteitsniveau en de financiële situatie van de cliënt m.b.v. een database;
- Uitgegaan van een persoonsgerichte aanpak, met aandacht voor eigen regie van de cliënt en gezamenlijke besluitvorming rondom het te kiezen ondersteuningstraject van de cliënt om een hoger beweegniveau te realiseren.
- Een passend traject gekozen. Dit kan zijn: zelfstandig (met advisering door praktijkondersteuner en de database, maar zonder verdere begeleiding), met enige begeleiding door een sportconsulent of fysicoach, of met intensievere begeleiding middels een gericht beweegprogramma bij de fysiotherapeut (Bijlage 1). Alle betrokken professionals hebben veel aandacht voor gedragsverandering en motivationele aspecten en zijn daar specifiek in getraind.

De sportconsulent en de fysicoach zijn nieuwe rollen. Alle betrokkenen richten zich op langdurig gezond beweeggedrag, eigen regie van cliënten, het wegnemen van drempels, en goede onderlinge afstemming en overdracht.

Binnen Bewegen naar Beter is er direct contact tussen de professionals in de zorg. Ze werken in een flexibel netwerk samen met partners in het reguliere beweeg- en sportaanbod ter bevordering van de gezondheid van cliënten, met aandacht voor preventie en nazorg.

Daarnaast is er aandacht voor een warme overdracht naar passend regulier beweeg- en sportaanbod, om drempels zoveel mogelijk weg te nemen en om terugval te voorkomen.

Op 10 mei 2016 vond de kick-off plaats van Bewegen naar Beter.

NB. Sinds de start van Bewegen naar Beter is er landelijk meer aandacht gekomen voor het belang van bewegen en leefstijl algemeen bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop.



## 1.3 Opdracht en vraagstelling

Om te inventariseren of Bewegen naar Beter uitvoerbaar is en voldoende aansluit bij cliënten en professionals, is er kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand elementen uit het RE-AIM framework (Shubert, Altpeter, & Busby-Whitehead, 2011).

Het primaire doel was het in kaart brengen van veranderingen in beweeggedrag op 6 en 12 maanden na inclusie, met daarbij het percentage deelnemers dat de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) haalt. Aanvullend is ook informatie verzameld over het bereiken van de doelgroep en ervaringen van deelnemers. In een tussenrapportage is ingegaan op de ervaringen van de verschillende betrokken professionals met deze aanpak, hun rol en de samenwerking. De samenvatting en aanbevelingen hieruit zijn opgenomen in Bijlage 2).

### CENTRALE ONDERZOEKSVRAGEN

De centrale onderzoeksvragen waren:

- 1) Wat is de verandering in beweeggedrag op 6 en 12 maanden na inclusie voor Bewegen naar Beter?
- 2) Welke ervaringen zijn er rondom uitvoering en implementatie van Bewegen naar Beter?

Deelvragen rondom het bereiken van de doelgroep zijn:

- a) Wat is het aantal cliënten dat bekend is met DM-2 of (een verhoogd risico op) HVZ en in aanmerking komt voor de interventie en wat is de verdeling over de begeleidingstrajecten?
- b) Welk percentage cliënten wordt geëxcludeerd van deelname wegens gebrek aan motivatie?
- c) Welk percentage cliënten is bereid deel te nemen aan de interventie (fysiocoach, begeleiding sportconsulent en beweegprogramma)?

Deelvragen ten aanzien van de mogelijke meerwaarde zijn<sup>3</sup>:

- d) Wat is de verandering in beweeggedrag, op 6 en 12 maanden na inclusie voor Bewegen naar Beter uitgaande van de NNGB?
- e) Wat is de verandering in opgestelde persoonlijke beweegdoelen op 12 maanden?

Aanvullend:

- f) Welke veranderingen treden op in Body Mass Index (BMI) op 12 maanden?

Deelvragen rondom het implementatieproces zijn:

- g) Welk percentage cliënten neemt deel aan regulier beweeg- of sportaanbod op 6 en 12 maanden na inclusie?
- h) Wat zijn de ervaringen van de cliënten met deze aanpak, en welke drempels en bevorderende factoren ervaren zij om duurzaam meer te gaan bewegen?

## 2. Methode

Middels een prospectieve cohortstudie, waarbij de cliënten hun gebruikelijke begeleiding in de ketenzorg krijgen, is kwantitatieve en kwalitatieve informatie verzameld.

Rondom het bereiken van de doelgroep is een deelstudie uitgevoerd waarbij de grootte en de kenmerken van de doelpopulatie zijn geschat (deelvraag a t/m c).

Voor de evaluatie naar de meerwaarde van de aanpak Bewegen naar Beter zijn: het beweeggedrag, persoonlijke beweegdoelen en risicofactoren in kaart gebracht met behulp van vragenlijsten en, waar mogelijk, aangevuld met informatie uit het dossier (deelvragen d t/m f).

---

<sup>3</sup> De eerder opgestelde deelvraag: Welke veranderingen treden op in voorgeschreven medicatie op 12 maanden? Kon vanwege het beperkte aantal deelnemers en onvolledige informatie niet opgenomen in de rapportage.

Daarnaast zijn ervaringen van de cliënten met deze aanpak in kaart gebracht en drempels en bevorderende factoren om duurzaam meer te gaan bewegen met behulp van zowel informatie uit de vragenlijsten als uit gesprekken (deelvragen g, h).

## 2.1 Respondenten

De evaluatie richt zich alleen op cliënten die ketenzorg ontvangen vanwege DM-2, of (een verhoogd risico op) HVZ en direct begeleid worden naar meer bewegen. Deze begeleiding kan bestaan uit:  
Toelichting van de praktijkondersteuner van de huisarts op de sportdatabase en dan zelfstandig op zoek gaan naar een beweegactiviteit in de buurt (profiel 1)  
begeleiding door een sportconsulent (profiel 2)  
begeleiding door de fysiotherapeut 3 (profiel 3)  
Cliënten die eerst individueel behandeld moeten worden vanwege ernstig belemmerende fysieke factoren om meer te gaan bewegen (profiel 4), worden voor deze evaluatie buiten beschouwing gelaten.  
De respondenten zijn geworven via de verschillende zorgprofessionals, voornamelijk de praktijkondersteuner van de huisarts.  
De eerste deelnemers van de pilotstudie stroomden in oktober 2016 in, en de informatieverzameling is in oktober 2018 afgerond.

### INCLUSIECRITERIA BEWEGEN NAAR BETER

- ▶ Gediagnosticeerd met DM-2 of (verhoogd risico op) HVZ
- ▶ Body Mass Index (BMI): >25
- ▶ Voldoet niet aan de Nationale Norm Gezond Bewegen (NNGB) of de Fitnorm (zie Bijlage 3 Toelichting beweegnorm) (Gezondheidsraad, 2017)
- ▶ Gemotiveerd om het beweggedrag te veranderen

Voor deelname aan de interviews (storytelling) moesten deelnemers minimaal een half jaar eerder gestart zijn met Bewegen naar Beter. Daaraan konden mensen deelnemen die ook vragenlijsten invulden. Aanvullend zijn respondenten geworven via de verschillende zorgprofessionals. Insteek daarbij was een breed beeld van ervaringen te schetsen.

## 2.2 Haalbaarheid

Om de drempel voor deelname laag te houden sloten de meetmomenten zoveel mogelijk aan bij de controleafspraken die cliënten hebben hadden met de praktijkondersteuner van de huisarts (POH), en werden de vragenlijsten afgenomen met de zorgprofessional en/of onderzoekers.

Daarnaast werd de financiële drempel zoveel mogelijk weggenomen. De sportconsulent was gratis toegankelijk. Voor het beweegprogramma van de fysiotherapeut kan gedurende 3 maanden een eigen bijdrage gelden van €150,-. Deelname aan het sport- of beweegaanbod werd betaald door de cliënt zelf. Lidmaatschap van een vereniging kon variëren van ongeveer €100,- tot €400,- per jaar. Het verschilt per activiteit welke lidmaatschapsvormen er konden worden aangegaan. Afhankelijk van de inkomensgrens van de patiënt kon de sportconsulent bekijken of er via een fonds voor Rotterdammers met een beperking (ook chronisch zieken) financiële steun bijdrage kon worden geboden voor de lidmaatschapskosten.

Hoewel oorspronkelijk een grote cohortstudie werd nagestreefd (zie Bijlage 3) bleek de instroom uiteindelijk beperkt en wordt in de verdere rapportage geschreven vanuit het evalueren van een pilotstudie, wat passender is bij de uiteindelijke dataverzameling.

## 2.3 Informatieverzameling

Wanneer cliënten na toelichting akkoord waren met deelname (informed consent) werd de eerste vragenlijst afgenomen door de praktijkondersteuner, fysiotherapeut of sportconsulent.

Na 6 en 12 maanden volgden vragenlijst 2 en 3. Deelnemers stroomden in vanaf oktober 2016 en de informatieverzameling is in oktober 2018 afgerond.

De opbouw van de onderdelen van de vragenlijsten is terug te vinden in Bijlage 5.

Er is op 4 manieren informatie verzameld:

### 1. Intakeformulieren

Om inzicht te krijgen in de doelpopulatie is door 4 praktijkondersteuners gedurende een kwartaal bij elke cliënt in het kader van de ketenzorg op anonieme wijze informatie verzameld aan de hand van het intakeformulier. Zo werd in kaart gebracht welk percentage van de cliënten in de ketenzorg in aanmerking kwam voor Bewegen naar Beter en welke kenmerken ze hadden (zie Bijlage 6 Intakeformulier).

### 2. Vragenlijsten

Bij aanvang van deelname aan Bewegen naar Beter en op 6 maanden en 12 maanden werd met behulp van de praktijkondersteuner, of onderzoeker een vragenlijst ingevuld (zie Bijlage 7 Vragenlijst).

Verandering in beweeggedrag werd in kaart gebracht middels:

- ▶ Zelf gerapporteerd informatie rondom activiteitsniveau met daarbij het wel/niet voldoen aan de NNGB (Wendel-Vos, Schuit, Saris, & Kromhout, 2003),
- ▶ Zelf opgestelde score op persoonlijke beweegdoelen in vragenlijst (Stevens, Beurskens, Koke, & van der Weijden, 2013),

Daarnaast werd informatie verzameld over:

- ▶ Zelf gerapporteerde deelname aan regulier beweeg- of sportaanbod
- ▶ Zelf gerapporteerd gewicht en lengte (Body Mass Index)
- ▶ Bevorderende en belemmerende factoren om meer te gaan en te blijven bewegen

De baselijnvragenlijst is iets langer dan de vervolgvragenlijsten. De vragenlijsten zijn met name gericht op de aspecten die de praktijkondersteuner van de huisarts ook in kaart brengt. Met de vragenlijst worden ze expliciet gemaakt. De geschatte invultijd was voor de baselijnvragenlijst ca. 15-20 minuten en voor de vervolgvragenlijsten 10-15 minuten.

### 3. Dossier

Indien mogelijk is retrospectief aanvullende informatie uit het elektronisch dossier gehaald rondom:

- ▶ Gemeten bloeddruk, BMI, en indien van toepassing bloedsuikerspiegel (HbA1c), en veranderingen medicatie
- ▶ Het aantal cliënten (met bijbehorende begeleidingstraject) dat voortijdig stopt.

### 4. Interviews/storytelling

Om de ervaringen van de cliënten in kaart te brengen is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek met behulp van semigestructureerde interviews waarbij de methode storytelling toegepast is. Dit is een interviewmethode waarbij er veel ruimte wordt gelaten voor de respondent om zijn/haar verhaal te vertellen, nadat één open

startvraag (macrovraag) gesteld is. Vervolgens wordt er gereageerd op de input die de respondent geeft in het vervolg van het gesprek/interview (Bourbonnais & Michaud, 2018).

Binnen deze methode is telkens met de onderstaande vraag gestart:

Hoe is het gekomen dat u aan dit programma mee bent gaan doen/meer te gaan bewegen?

Vervolg vragen (microvragen) werden gesteld afhankelijk van het verhaal dat de cliënt vertelde, en waren vooral gericht op het verkrijgen van informatie over de context, meningen en gedachten van de cliënt (zie Bijlage 8 interviewprotocol).

De interviews duurden ongeveer 60 minuten en werden in tweetallen afgenomen en opgenomen (Evers, 2015). Voorafgaand aan de interviews ontvingen de interviewers een training betreffende de interviewmethode story telling. Daarnaast hebben beide interviewers een algemene cursus kwalitatieve analyses gevolgd. Wanneer cliënten na toelichting akkoord waren met deelname werd er een afspraak gemaakt voor een interview.

De locatie van het interview werd gekozen door de respondent, waar hij of zij zich prettig voelde. Dit kon thuis bij de betreffende persoon zijn of op een meer publieke locatie zoals een buurthuis of koffiebar. Iedereen kreeg schriftelijke en mondelinge toelichting, en heeft schriftelijke toestemming ondertekend voor deelname en voor het opnemen van het gesprek met audioapparatuur.

## 2.4 Data analyseren

Gegevens uit de intakeformulieren, vragenlijsten, en dossiers zijn handmatig ingevoerd in SPSS en door een 2e onderzoeker gecontroleerd. Daarna is beschrijvende en toetsende statistiek toegepast.

Vanwege de beperkte aantallen was onderscheid per begeleidingstraject niet haalbaar.

De audio's van de interviews zijn ad verbatim getranscribeerd. Vervolgens zijn de interviews doorgelezen en samengevat (Boeije, 2005).

## 2.5 Zorgvuldigheid

Deelnemers kregen naast schriftelijke informatie mondelinge toelichting op deelname aan het onderzoek.

De vragenlijsten en transcripten zijn niet herleidbaar naar de persoon.

Het onderzoek is goedgekeurd door het METC van het Maasstad ziekenhuis.

## 3. Resultaten

### 3.1 Bereiken van de doelgroep

Om een inschatting te maken van de grootte van de groep mensen in de ketenzorg voor DM-2 of CVRM die baat zouden kunnen hebben bij een begeleidingstraject zoals Bewegen naar Beter is een deelstudie uitgevoerd. Vier praktijkondersteuners hebben gedurende 3 maanden bij alle mensen die binnen de ketenzorg op consult kwamen een intakeformulier ingevuld en informatie ingevuld over: overgewicht (BMI>25), voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) en/of fitnorm en motivatie om meer te gaan bewegen; de huidige inclusiecriteria om deel te nemen aan Bewegen naar Beter.

In totaal werden 272 consulten uitgevoerd (Tabel 1): 54% daarvan vanwege DM-2, 33% vanwege een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en 13% vanwege hart- en vaatziekten. Overgewicht komt bij 82% van de mensen met DM-2 voor tegenover 56% van de mensen in de HVZ-groep (Tabel 2).

Tabel 1 : *Man-vrouw verdeling*

Aandoening		
Omschrijving	Geslacht	Aantal (%)
HVZ Verhoogd risico op hart- en vaatziekten	Man	32 (12)
	Vrouw	57 (21)
	<i>subtotaal</i>	<i>89 (33)</i>
Hart- en vaatziekten	Man	21 (8%)
	Vrouw	13 (5)
	<i>subtotaal</i>	<i>34 (13)</i>
DM-2	Man	88 (32)
	Vrouw	61 (22)
	<i>subtotaal</i>	<i>149 (54)</i>
Totaal ingevuld		272 (100)

Tabel 2 : *Aandeel met overgewicht per diagnose*

Aandoening	
Omschrijving	Aantal (%)
Verhoogd risico hart- en vaatziekten (n=89)	50 (56)
Hart- en vaatziekten (n=34)	19 (56)
DM-2 (n=149)	122 (82)

Van de subgroep mensen met overgewicht bleek 46,3% niet te voldoen aan de beweegnormen (NNGB en/of fitnorm). Van het totaal aantal consulten (n=272) voldeed 16,2% (n=44) aan alle criteria voor Bewegen naar Beter (overgewicht, niet voldoen aan beweegnorm, en gemotiveerd om actiever te worden).

Er worden per praktijk gemiddeld 258 mensen in de ketenzorg DM-2 of CVRM begeleid<sup>4</sup>. Uitgaande van een normpraktijk van 2095 patiënten komt de schatting neer op 41 mensen per praktijk die volgens de inclusiecriteria, weergegeven op pagina 4, in aanmerking komen voor Bewegen naar Beter.<sup>5</sup>



Figuur 1: Bewegemotivatie

\* mensen met overgewicht die niet voldoen aan de beweegnorm (n=87)

Tabel 3: Passend begeleidingstraject om meer te gaan bewegen

Begeleidingsvorm	
Omschrijving	percentage
Zelfstandig	38,9%
Sportconsulent	41,7%
Fysiocoach	8,3%
Fysiotherapeut	11,1%
Totaal ingevuld	100%

## 3.2 Verandering in beweeggedrag op 6 en 12 maanden na inclusie voor Bewegen naar Beter

### 3.2.1 Aanmelding en kenmerken deelnemers

In totaal hebben 12 praktijkondersteuners hun deelname aan het onderzoek toegezegd. Zeven van hen hebben deelnemers geworven voor het onderzoek. Daarnaast hebben een fysiotherapeut en sportconsulent deelnemers aangemeld. Er is tegemoetgekomen aan de voorkeur van vertegenwoordiging vanuit de professionals om gebruik te maken van een papieren vragenlijst. Insteek was om de vragenlijst aansluitend op, of voorafgaand aan, het consult samen met de deelnemer in te vullen. Verwacht werd dat zo beter aangesloten kon worden bij de verwachte gezondheidsvaardigheden van de deelnemers.

Uiteindelijk zijn de vragenlijsten ingevuld samen met een zorgprofessional of een onderzoeker. Per praktijkondersteuner werd nagevraagd en zoveel mogelijk aangesloten bij wat voor hen wenselijk was.

<sup>4</sup> Uitgaande van de verdeling in de praktijken die worden begeleid door IZER. (Bronpopulatie V2.0)

<sup>5</sup> <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg>

Tabel 4 Deelnemers

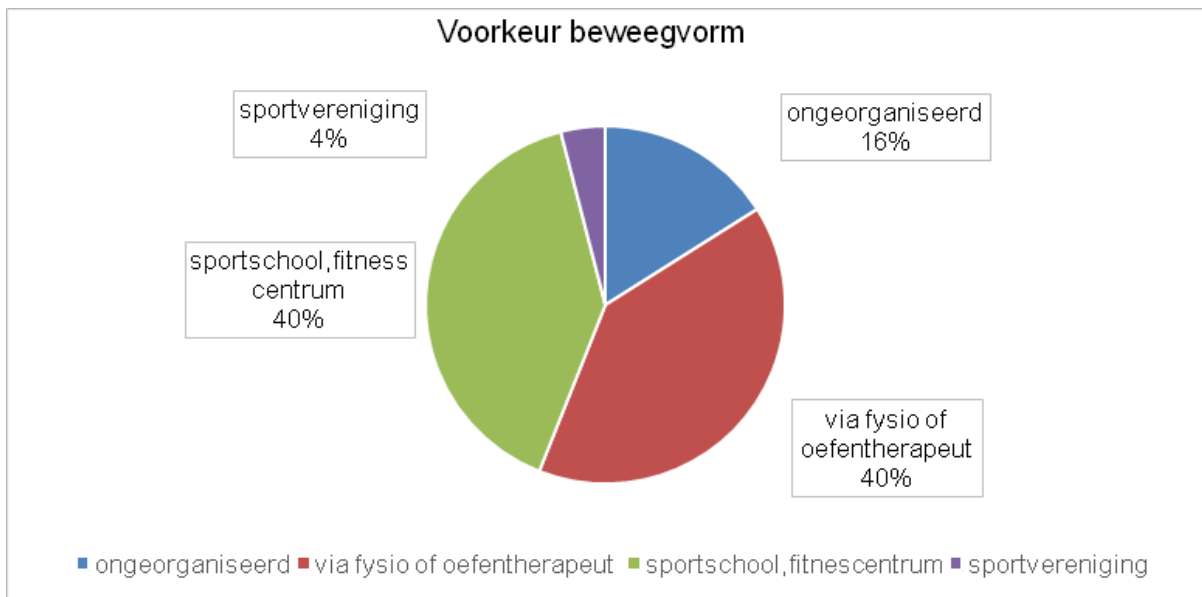
Kenmerken deelnemers	% / mediaan	range
<b>Algemeen</b>		
Leeftijd, jaar (mediaan, range)	60	(42-80)
Man	32%	
Huidige woonsituatie		
alleen wonend	48%	
alleen wonend met kind(eren)	16%	
met partner	20%	
met partner en kind(eren)	16%	
Huidige werksituatie		
fulltime	20%	
parttime	4%	
werkloos/WAO	48%	
VUT/gepensioneerd	28%	
Hoogste afgeronde opleiding		
lager (o.a. LBO, lagere school, mavo)	44%	
midden (MBO, HAVO/VWO)	20%	
hoog (HBO, universiteit)	36%	
<b>Gezondheid</b>		
Voor welke aandoening in ketenzorg?		
Diabetes type-II	80%	
hart- en vaatziekten en Diabetes type-II	20%	
BMI, mediaan (range)	35,1	(24,6-59,2)
Wat vindt u van uw gezondheid?		
goed	20,8	
matig	62,5	
slecht	16,7	
Andere aandoeningen naast DM-2/HVZ	ja	72%
Welke andere aandoeningen belemmeren u om te gaan bewegen?		
artrose/artritis	41%	
chronische pijn	35%	
fysiek, anders	18%	
mentale/psychische comorbiditeit	6%	
<b>Motivatie en vertrouwen</b>		
Hoe belangrijk is het om meer te gaan bewegen?	8	(5-10)
Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het gaat lukken?	7	(4-10)

In totaal hebben 34 mensen toegezegd om naast deelname aan het begeleidingstraject Bewegen naar Beter ook deel te nemen aan het onderzoek. Van deze mensen hebben er 4 zich teruggetrokken, 3 wegens ziekte (beroerte, diagnose kanker, dubbele nekhernia), en 1 wegens drukte.

Van 25 mensen was een vragenlijst 1 beschikbaar, van 18 mensen een tweede vragenlijst en van 18 mensen een derde vragenlijst.

Om de motivatie en het vertrouwen in te schatten om te gaan bewegen in te schatten was gevraagd naar het belang van bewegen én het vertrouwen dat dit gaat lukken, en beide te scoren op een schaal van 0 tot 10. Op 'belang' scoort meer dan de helft hoger dan een 8, en meer dan de helft scoort een 7 op het vertrouwen dat het gaat lukken. Slechts 12% van de deelnemers heeft vooraf onvoldoende vertrouwen (score <6) dat het gaat lukken.

Wat betreft de voorkeur voor de manier van bewegen, geeft 44% aan te willen sporten bij een sportschool of vereniging, 40% via een fysio- of oefentherapeut en 16% heeft de voorkeur voor ongeorganiseerd.



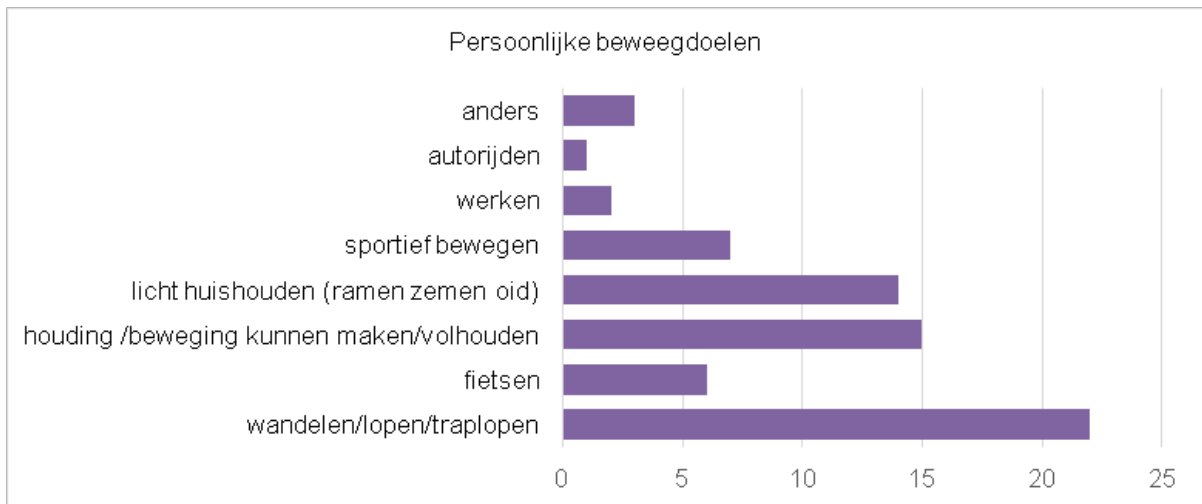
Figuur 2 Voorkeur bewegvorm

Om verandering in beweeggedrag in kaart te brengen is uitgegaan van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), aangevuld met persoonlijke beweegdoelen.

In figuur 3 is weergegeven welke soorten beweegdoelen met name werden nagestreefd. De meeste doelen waren gerelateerd aan wandelen of fietsen, gevolgd door huishoudelijke activiteiten.

Hierbij werd op een schaal van 0-10 gescoord hoeveel moeite de activiteit kostte.





Figuur 3 Persoonlijke beweegdoelen

### 3.2.2 Beweggedrag op 6 en 12 maanden na inclusie voor Bewegen naar Beter

#### VERTROUWEN EN MOTIVATIE

Gedurende het jaar was er op groepsniveau nauwelijks verandering in motivatie en vertrouwen. Bij deelnemers waarbij de score over de tijd 2 punten of meer veranderde werd dit gezien als een relevante verandering (Stevens et al., 2013).

Bij 13% van de deelnemers was het belang, graadmeter voor motivatie, 2 punten of meer afgenomen en bij 7% 2 punten of meer toegenomen.

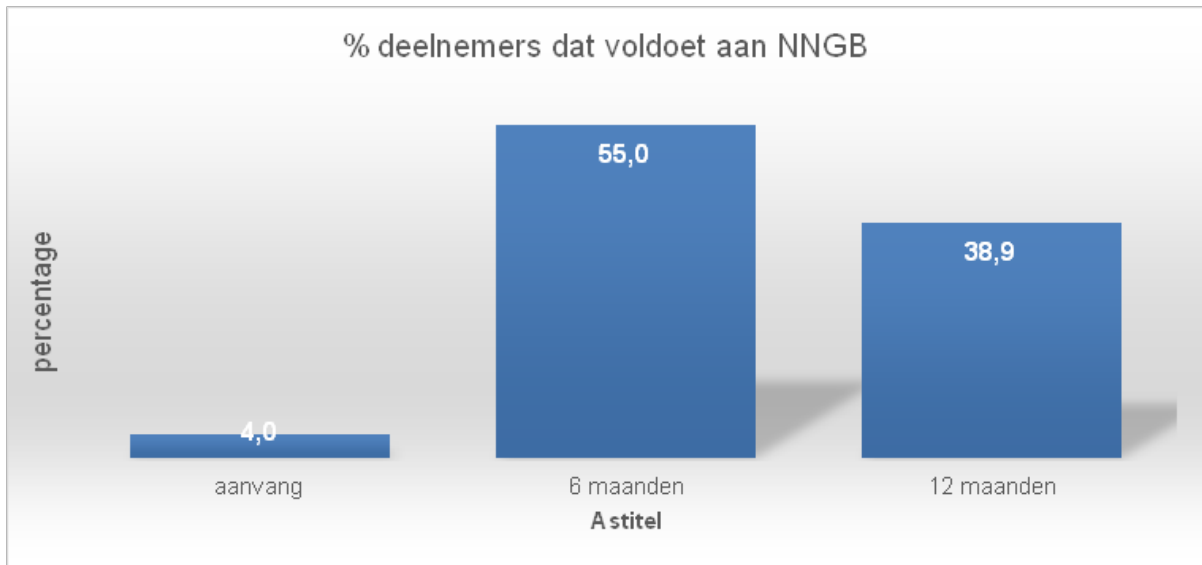
Bij 27% van de deelnemers was het vertrouwen 2 punten of meer afgenomen en bij 13% 2 punten of meer toegenomen.

Tabel 5 Belang en vertrouwen.

Belang en vertrouwen om meer te gaan bewegen			
	Begin (n=25)	6 maanden (n=18)	12 maanden (n=18)
	Mediaan (range)	Mediaan (range)	Mediaan (range)
Hoe belangrijk is het om meer te gaan bewegen?	8 (5-10)	8 (3-10)	7 (4-10)
Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het gaat lukken?	7 (4-10)	7 (5-10)	7 (3-10)

#### NEDERLANDSE NORM GEZOND BEWEGEN (NNGB)

Voor het vaststellen van de NNGB is uitgegaan van de SQUASH-vragenlijst die veelal ook wordt gebruikt in landelijk epidemiologisch onderzoek (Wendel-Vos et al., 2003). Hierbij wordt aan de hand van vragen over frequentie, duur en intensiteit van activiteiten een inschatting gemaakt over de hoeveelheid activiteit in minuten en de NNGB. Omdat de vragen in de praktijk toch als moeilijk in te vullen werden ervaren, is ervoor gekozen om de robuuste maat wel/niet voldoen aan de NNGB te rapporteren. Deze informatie is evt. aangevuld met informatie uit het patiëntdossier.



Figuur 4 Verandering op de Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Hoewel de aantallen deelnemers klein zijn is nagegaan welke factoren bij aanvang samenhangen met het voldoen aan de NNGB op 6 en op 12 maanden. Hieruit bleek dat de zelf-gerapporteerde factoren: belang om te gaan bewegen (motivatie), vertrouwen om te gaan en blijven bewegen, de ervaren algemene gezondheid, belemmerende comorbiditeit, BMI, leeftijd, samenwonen met anderen, allen niet samenhangen met het voldoen aan de beweegnorm op 6 of 12 maanden.

Het hebben van betaald werk (fulltime of parttime) was voorspellend voor het voldoen aan de NNGB op 12 maanden ( $p=0.046$ ).

### 3.2.3 Verandering in opgestelde persoonlijke beweegdoelen op 12 maanden

Ten aanzien van de beweegdoelen is getoetst of er verschil was tussen de meting bij aanvang van Bewegen naar Beter en na 12 maanden ten aanzien van een zelf gekozen relevant beweegdoel. Er konden per persoon drie beweegdoelen worden aangegeven, het aantal gescoorde beweegdoelen op meetmoment 1 en 3 was 43. Hierbij werd gescoord hoeveel moeite het kostte om een activiteit uit te voeren op een schaal van 0-10 (Stevens et al., 2013). De gemiddelde score op een beweegdoel was 5 punten. De verandering over 12 maanden liep van 5 punten achteruitgang tot 6 punten verbetering en was normaal verdeeld. Het gemiddelde verschil in score was 0,47 punten.

Bij de gepaarde t-toets bleek geen statistisch significant verschil op groepsniveau tussen de beginscore en de eindscore ( $p=0.17$ ).

Wanneer alleen gekeken werd naar de doelen rondom moeite met (trap) lopen en fietsen, was het verschil ook niet significant ( $p=0.10$ ).

Daarna is gekeken op welke percentage van de doelen deelnemers verbeterden of verslechterden.

Op 30% van de beweegdoelen was 2 punten of meer (schaal 0-10) verbetering gerapporteerd.

Bij 23% van de doelen (aantal doelen=43) werden **pijnklachten** aangegeven als reden waarom de activiteit moeilijk bleef. Dit betrof meestal chronische pijn in lage rug of knieën, pijn in de benen of een brandend gevoel in de voeten.

Tabel 6 Verandering op persoonlijke beweegdoelen

Verandering op beweegdoelen (begin-12 maanden)\*

	Aantal (%)
verslechterd	6 (14,0)
gelijk gebleven	24 (55,8)
verbeterd	13 (30,2)
Totaal aantal doelen	43 (100)

*\*2 punten of meer verschil is wordt gezien als relevante verandering*

### 3.2.4 Veranderingen in Body Mass Index (BMI) op 12 maanden

Ten aanzien van de Body Mass Index (BMI) is gekeken naar de groepscijfers. Hieruit blijkt dat de mediane BMI 1 punt is afgenomen, van 35,1 naar 34,1 over 12 maanden tijd.

Aanvullend is per deelnemer nagegaan of de BMI 1,00 punt of meer is veranderd. Hieruit bleek dat bij 35% de BMI was afgenomen en bij 10% was toegenomen.

Informatie over veranderingen in medicatie was onvolledig en is daarom in deze rapportage niet meegenomen.

Tabel 7 Verandering in Body Mass Index (BMI)

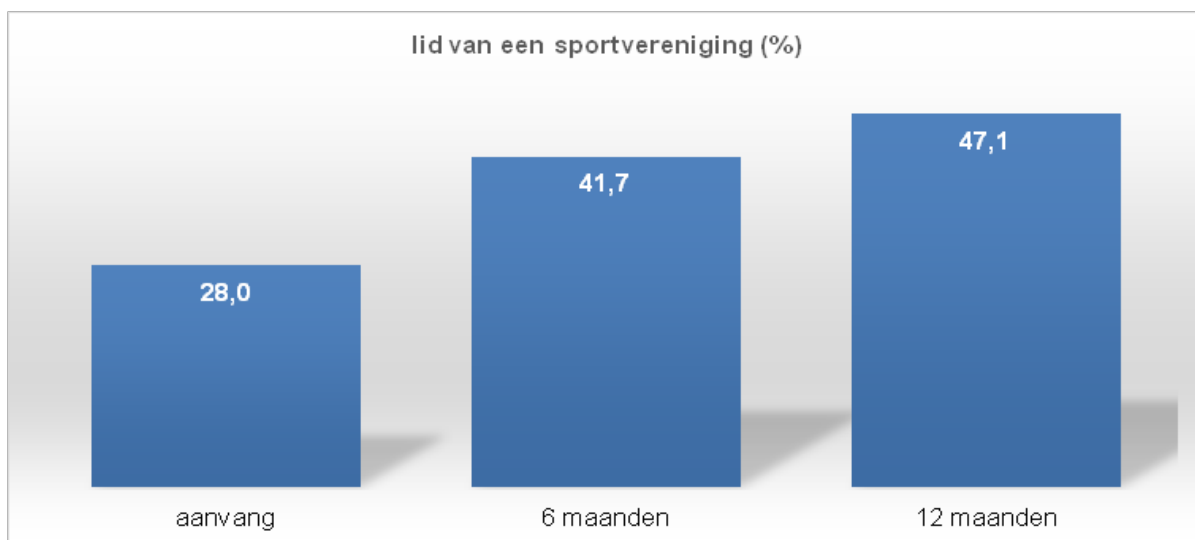
Verandering BMI (begin-12 maanden)*	
	Aantal (%)
toegenomen	2 (10,0)
gelijk	11 (55,0)
afgenomen	7 (35,0)
Totaal aantal deelnemers	20 (100)

*\*1,00 punt of meer verschil wordt gezien als relevante verandering*

## 3.3 Implementatie

### 3.3.1 Percentage cliënten dat op 6 en 12 maanden na de start deelneemt aan regulier beweeg- of sportaanbod

Uit de informatie uit de vragenlijst bleek gedurende 12 maanden na instroom in Bewegen naar Beter het aantal mensen dat lid is van een sportvereniging te zijn toegenomen van 28,0% naar 47,1%.



Figuur 5 Deelname bewegactiviteiten via sportvereniging

### 3.3.2 Ervaringen van cliënten met Bewegen naar Beter, en ervaren drempels en bevorderende factoren om duurzaam meer te gaan bewegen

#### KWANTITATIEVE INFORMATIE (VRAGENLIJST)

Middels gesloten vragen werd gevraagd naar de mate waarin onderstaande factoren bevorderend of belemmerend waren om te bewegen (zie tabel 8). Bij een mediane score hoger dan 3 werd de factor opgenomen als bevorderend. Hieruit bleek dat gezondheid/fit worden door iedereen werd aangegeven als een bevorderende factor. Daarnaast werden door de meerderheid van de deelnemers de begeleiding, uiterlijk/afvallen, sociale contacten en plezier aangegeven als bevorderende factoren.

De invloed van sportende vrienden en prestatiegericht sporten werd wisselend ingevuld.

De mate waarin aangegeven factoren als belemmerend werden ervaren waren wisselend ingevuld. De meerderheid gaf aan dat kosten en reisafstand belemmerend waren.

Tabel 8 Factoren van invloed op beweggedrag

Bevorderende factoren			Belemmerende factoren		
Omschrijving	mediaan	range*		mediaan	range*
gezondheid en fitheid	5	4-5	kosten	4	1-5
begeleiding	5	3-5	reisafstand	4	1-5
uiterlijk	5	3-5	geen leeftijdgenoten	3	1-5
sociale contacten	4	3-5	onvoldoende steun	3	1-5
plezier en ontspanning	4	2-5	onbekend met aanbod	3	1-5
sportende vrienden	3	1-5	angst	2	1-5
prestatie	2	1-5	thuisituatie	2	1-5
			negatieve ervaringen	1	1-4

\*schaal: 1= geheel mee oneens; 3=neutraal; 5=geheel mee eens

Ook uit de open vraag: Wat heeft u nodig om uw kansen om te gaan EN te blijven bewegen te vergroten? (vragenlijst 1, 2, 3), kwamen gezondheid en goede begeleiding weer duidelijk voren (Tabel 9). Uit deze vraag bleek daarnaast dat een aantal mensen zich vanwege (nieuwe) comorbiditeit (CVA, diagnose kanker, hernia, periode met lage rugpijn) belemmerd voelden om te bewegen, dat motivatie een belangrijke rol speelt, en dat het helpt als het weinig moeite kost en aangenaam voelt om te gaan bewegen (o.a. weinig reistijd, warm water bij reuma, een groep waar men zich thuis voelt), en wanneer iemand eerdere positieve ervaringen met bewegen heeft.

Daarnaast gaven mensen aan dat stress en beperkte tijd belemmerend werkten.

Tabel 9 Nodig om te bewegen



#### KWALITATIEVE INFORMATIE (STORYTELLING)<sup>6</sup>

Er zijn 17 mensen met de diagnose DM-2 geïnterviewd, waarvan 6 mannen en 11 vrouwen. De respondenten waren minimaal 6 maanden geleden gestart met Bewegen naar Beter.

Hiervan gaf de helft van de deelnemers aan het bewegen vol te hebben gehouden of na terugval het bewegen weer op te hebben gepakt. Twee respondenten hebben na het gesprek met de praktijkondersteuner zelf actie ondernomen. De anderen hebben begeleiding gekregen van de sportconsulent en/of de fysiotherapeut. Er was in alle gevallen sprake van comorbiditeit. De codelijst is weergegeven in bijlage 9.

#### Reden voor deelname aan Bewegen naar Beter

Deelnemers geven aan dat ze op initiatief van de praktijkondersteuner of huisarts besloten hebben deel te nemen aan Bewegen naar Beter. Hun motivatie tot deelname is het verbeteren van hun gezondheid met name om medicijngebruik te beperken, af te vallen, en/of hun conditie te verbeteren. Sommigen geven aan dat zorgen om ziektekostenvergoedingen in de toekomst een rol spelen.

<sup>6</sup> De weergave van de resultaten is hier weergegeven aan de hand van samenvattingen van de gesprekken. De resultaten o.b.v. gedetailleerde coderingen worden in een apart artikel later beschreven

R21: "Ja ik krijg verwijsbrief van huisarts, ik heb reuma. En ik gebruik medicijnen en bewegen is heel erg belangrijk voor mij. Dus ik dacht nou mooi. En de praktijk van fysio X zit samen, naast mijn huisarts. Dus ik dacht mooi meegenomen, dus dat is prachtig".

R1: "Ja toen hij zei; ze gaan het niet meer betalen, dat was echt de grootste stimulatie. Dan ga ik maar iets doen. Maar ik neem aardig wat medicijnen. Als ik die zelf moet betalen dan zit ik helemaal dubbel. Dus daarom. Dat was de grootste stimulatie."

Ook geven enkele deelnemers aan dat ze zien dat familie/vrienden ziek zijn of overlijden door gebrekkige gezondheid en dat ze dat voor zichzelf willen voorkomen.

R4: ".... ik was bij praktijkondersteuner X voor controle want in de familie komt diabetes, suiker, en hoge bloeddruk voor. Ik weet van mijn vaders kant, zijn allemaal hoge bloeddruk patiënt. En mijn moederskant suiker, dus ja. En in de familie zitten ook broers zussen, op hele jonge leeftijd dood.... En ik maakte me zorgen dat mijn suikergehalte omhoog gaat."

### Belemmeringen voor bewegen

#### *Algemeen*

Voor bijna iedereen geldt dat er naast Diabetes-type II sprake was van andere chronische aandoeningen. In de meeste gevallen was de **comorbiditeit** van invloed op het activiteitsniveau vanwege pijnklachten of vermoeidheidsklachten. Daarnaast was er soms ook sprake van **andere prioriteiten** zoals: meer werken, het doen van een studie, of hun rol als mantelzorger. In een enkel geval werd voorkeur aangegeven voor andere activiteiten dan bewegen. De ervaren mogelijkheden om te sporten werden voor een aantal deelnemers ook beperkt door **praktische zaken** waaronder financiële problemen en afstand en vervoer naar de sportlocatie. Daarnaast werden **gebrek aan steun** vanuit de eigen leefomgeving en zorgprofessional als belemmerend aangegeven.

Verder hadden enkele deelnemers **negatieve gedachten** over bewegen. Er werden zorgen geuit over een negatieve invloed van bewegen op hun pijn- en vermoeidheidsklachten. Waarbij **angst** voor verergering van de symptomen en een verkeerde diagnose (t.a.v. comorbiditeit) werden genoemd. Deelnemers met obesitas gaven als drempel aan dat ze zich **schaamden** om te gaan sporten. Verder gaven deelnemers aan **weinig vertrouwen** te hebben in hun eigen kunnen. Dit in tegenstelling tot de eerder gerapporteerde hoge scores op vertrouwen en ook motivatie in de vragenlijst.

Deelnemers die al een tijd aan het programma deelnamen rapporteerden in ongeveer de helft van de gevallen moeite om het beweeggedrag vol te houden en vielen terug in oude beweegpatronen, na vakantie of belemmerende nieuwe klachten/aandoening.

R11: "Ja ik heb 24 uur per dag pijn. Zeurende pijn. En ik loop op dit moment weer bij de huisarts en ik loop ook bij een diëtiste. Ik ben weer verwezen naar de pijnpoli en dan gaan ze proberen met spuiten. En lukt dat niet, ja dan wordt het misschien weer opnieuw opereren, in het ergste geval."

R2: "eh het oefenen was te zwaar... en ik was al ik ben ik in die periode ook een paar keer ziek geweest en het was een keer heel erg warm dat ik niet geweest was. Ja toen had ik al zoveel uren verbruikt dat ze zeiden van wij zien niet dat jij op een gegeven moment ergens gaat sporten, dus als ik jou was zou ik er maar mee stoppen want anders heb je helemaal geen fysio uren meer."

R10: "Maar nu je moet daarheen fietsen, of met de metro of de tram of met de auto. Dan ben je daar, trap op naar boven, omkleden, 't is heel zwak. Maar al dat gedoe. Ik, douche me tegenwoordig na afloop al niet meer."

*Doen de meeste ook niet hoor. Maar doe ik wel mijn trainingsbroek aan, doe ik dan thuis wel, ga wel weer naar huis. Weet je wel maar ik mis het heel erg en ik heb het ook nodig. Ik heb het echt nodig. Dat merk ik aan alles”*

*R18: “En dan was ik begonnen en dan was de grote vakanties. En dan daarna, ik was helemaal, ja ik was ook ziek met griep en zo. Ik heb alles beloofd en dan komt de tijd en eh kijk ik de klok. En ik ben niet consequent.”*

#### *Met betrekking tot Bewegen naar Beter*

Door een aantal respondenten werd aangegeven dat de **communicatie of bejegening** als onprettig werd ervaren, zoals het niet nakomen van afspraken, en gebrek aan aandacht en begrip, en dat dit de drempel om te gaan bewegen verder verhoogde.

Wat betreft de **inhoudelijke beweegactiviteit** zelf, bleek er in sommige gevallen geen goede match te zijn wanneer het aanbod te zwaar bleek vanwege comorbiditeit of deelnemers zich niet thuis voelden in de beweegomgeving of beweeggroep. Met name wanneer de beweegactiviteit te zwaar/pijnlijk bleek gaven deelnemers aan heel teleurgesteld te zijn.

*R9: “Ja je gaat eigenlijk in een neerwaartse spiraal steeds mee natuurlijk, en dat had ik gehoopt met dat sporten te verbeteren. Wat ik zeg dan komen die stoffjes vrij, en dan had ik eigenlijk ook gehoopt, dan word je weer opgewekt en je conditie wordt beter. Je kan het weer beter oppakken. Ja dat liep even anders. Dat was zo'n deceptie eigenlijk.”*

*R8: “Ik heb wel eens eerder onder begeleiding van de fysiotherapeut gesport, en daar was ik heel tevreden over. Toen kwam ik bij een ander, eigenlijk ook door dat onderzoek. En ik zei naja oké ik ga daar gewoon in mee, weet je wel. Maar dat is me niet zo goed bevallen, dus op een gegeven moment heb ik dat wel stop gezet. Er was te weinig aandacht.”*

*R14: “alleen, ik heb niemand die mij een beetje steun kan geven.... hoe lang moet ik door op de fiets bijvoorbeeld of andere dingen. ...., ik kan niet lang. dus als iemand is die zegt ga maar een beetje nog beetje verder, verder misschien dan komt er nog meer. Maar alleen lukt het niet.”*

#### Bevorderend voor bewegen

##### *Algemeen*

De respondenten geven aan dat er verschillende aspecten van invloed zijn op hun **motivatie** om te (blijven) bewegen. Helpend is het als de **noodzaak** om te gaan bewegen hoog is, er **vertrouwen** is dat het gaat lukken en het bewegen zelf leidt tot **positieve veranderingen**, zoals: afvallen, fitter en sterker voelen, pijnvermindering, beter slapen, en afbouwen van medicatie.

Succeservaringen zorgen voor een **trots** gevoel en lokken **complimentjes** uit. Verder worden **plezier** hebben tijdens het bewegen, gezelligheid, en enthousiasme aangegeven als succesfactoren.

Ook de waarde van fitter zijn en daarmee ook **iets voor een ander kunnen betekenen** komt naar voren, doordat er meer energie is om te klussen, anderen te motiveren, en activiteiten te ondernemen met de kleinkinderen.

Om duurzaam meer te bewegen lijken daarom met name **plezier, sociale contacten, betekenisvolle activiteiten, en inbouwen in ADL-activiteiten** van belang. Als ondersteunend daarbij worden aangegeven: **praktische en mentale steun, vertrouwen, en een positieve levenshouding.**

R14: "Iemand die me uitlegt maar me ook een boost geeft, welke apparaat moet je, hoe lang kan ik daarop. En als ik kortademig word is iemand bij mij, dan kan hij zeggen ga maar door ga maar door. Maar ik heb het iemand, als er iets gebeurt dan is er iemand naast mij. Dat is wat ik gevraagd heb."

R21: "Ik denk door het zwemmen en dan ben ik ook wel kilo's afgevallen en door trainen. Denk ik dat beweging is heel erg goed, minder pijn en ga je afvallen en zo, en dat is ook goed voor reuma."

R11: "Ja leuk ja. Heb ik echt veel van opgestoken. Oefeningen, goeie oefeningen gedaan. Inmiddels ben ik nu op een sportschool. Sinds juli. En sinds juli ben ik 8 kilo afgevallen. Beetje op het eten letten en ja heb wel last van mijn rug, en moet dat allemaal een beetje rustig aan doen. En het is mij niet te doen om zulke armen te krijgen, helemaal niet. Maar gewoon bewegen, bewegen, bewegen."

R6: "Lekker (lacht). Helemaal ontspannen, en echt je lichaam dat gewoon als alles los zit. Ja het is een heerlijk gevoel. Ik had het veel eerder moeten doen. Maar ja ik kwam niet op dat idee."

R8: "Ja ik denk dat als het een leuke groep is, dat je gemotiveerd raakt en dat je ook gewoon, en ik denk mensen gaan je ook motiveren. Want je maakt dan die afspraak, o.k. volgende dinsdagmiddag. Nou dan komen we bij elkaar. Ik denk dat je dan gemotiveerd raakt. En dat anderen je er ook bij helpen. Dat is wat ik nog wil gaan doen hoor. Ja het is nog niet voor mekaar, maar komt in de toekomst."

#### *Bewegen naar Beter*

De deelnemers ervaren een **positieve benadering, positieve sfeer en betrokkenheid** als stimulerend. **Inhoudelijk** werden interesses goed gekoppeld aan beweegactiviteiten, voelden de meeste deelnemers zich **veilig**, mede door **aandacht, adviezen en monitoring**.

Verder droegen enthousiasme, gedrevenheid en samen plezier maken bij aan de motivatie van de deelnemers.

R1: "Nou die eh sportconsulent X, was echt een enthousiaste jongen. Dus die heeft, ga vinden voor jou. En hij heeft ook gevonden dus. En hij heeft ook geld geregeld voor mij, dat er betaald werd voor mij, voor zes maanden."

R4: "kijk dat zijn jullie... adviseurs en medische mensen. Om dat vol te houden dan moeten ze me iedere keer zeggen, let daar op, let daar op. want ik ben geen medische specialist. Daarom vraag ik ook aan de praktijkondersteuner, hoe gaat het, wat moet ik doen? en dat soort dingen."

#### Tips ter optimalisatie van Bewegen naar Beter

Uit de ervaringen met het programma blijkt, dat het houden van **aandacht voor goed afstemmen** van het beweegaanbod op de mogelijkheden en wensen van de cliënt belangrijk. Enkele deelnemers met belemmerende comorbiditeit hadden **hoge verwachtingen** van het gaan bewegen/beweegaanbod en waren zeer teleurgesteld toen het niet haalbaar bleek. Terugkoppeling en goede **communicatie** met deelnemer en betrokken professionals hierbij zou helpend kunnen zijn.

Sommige deelnemers hadden behoefte aan **langduriger begeleiding** vanwege ervaren **veiligheid** of vanwege **financiële ondersteuning**. De meerderheid was tevreden en had geen tips. Ervaringen van de verschillende betrokken professionals met deze aanpak, met hun rol en met de samenwerking zijn terug te lezen in de eerdere rapportage, waarvan in Bijlage 2 de samenvatting en aanbevelingen zijn weergegeven.

R1: "Steen aan mensen met minder inkomsten. Dat misschien naar een jaartje verlengd kan worden. Want ik wist ook niet dat ik zo lang thuis zou zitten. Meestal zat ik twee maanden thuis en dan ging ik weer werken. Het langste was 4 maanden en dit is echt lang voor mij. Dus ik begin echt depressief te worden. En sporten



*helpt om dat even uit je hoofd te gooien. En die steun zou misschien iets beter, ietsje hoger kunnen worden. Ik heb gehoord van de sportconsulent X dat ze maar tot 250 euro konden steunen.”*

*R11: “Nee ik vond het heel goed. Ook het groepsverband. Eerst alleen weet je wel, en daarna in groepsverband. En hele goeie begeleiding, fysiocoach x deed alles voor; dat en dat en dat en zus en zus en zo. Dus eh nee dat is me heel goed bevallen.”*

## 4. Discussie en conclusie

Om te inventariseren of Bewegen naar Beter uitvoerbaar is en voldoende aansluit bij cliënten in de ketenzorg vanwege Diabetes type-II (DM2) of (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (CVRM) en hun betrokken professionals en of er aanwijzingen zijn voor meerwaarde, is er kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van elementen uit het RE-AIM framework (Shubert et al., 2011).

Hiertoe is een schatting gemaakt welke percentage van deze cliënten in de ketenzorg in aanmerking komt voor Bewegen naar Beter (bereiken van de doelgroep), de verandering in NNGB en beweegdoelen (mogelijke meerwaarde), en ervaren faciliterende en belemmerende factoren (indruk van adoptie, implementatie en duurzame toepassing). Er is voor gekozen om dichtbij de dagelijkse praktijk te blijven en deelnemers gedurende 12 maanden te volgen met behulp van 3 vragenlijsten verspreid over deze periode, zoveel mogelijk aansluitend bij hun reguliere consulten in de ketenzorg. Om een breed beeld te geven zijn ook de bevindingen uit de eerdere tussenrapportage meegenomen betreffende de ervaringen van professionals.

Tevens geeft het totaalbeeld inzicht in de haalbaarheid van een gerandomiseerde studie.

De tussenrapportage is in het voorjaar van 2017 gedeeld met de praktijkpartners.

### *Bereiken van de doelgroep*

Per praktijk werden gemiddeld 258 mensen in de ketenzorg DM-2 of (verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (CVRM) begeleid<sup>7</sup>. In de 4 deelnemende praktijken vonden in een periode van 3 maanden 272 consulten met cliënten in de ketenzorg plaats. Van hen voldeden 44 cliënten (16,2%) aan alle criteria voor Bewegen naar Beter (overgewicht, niet voldoen aan beweegnorm, en gemotiveerd om actiever te worden). Dit betekende dat slechts 52% van de mensen die zowel overgewicht hadden als niet voldeden aan de beweegnorm aangaven gemotiveerd te zijn om in beweging te komen en daarmee in aanmerking komen voor Bewegen naar Beter. Dit komt overeen met ongeveer 41 mensen, in de ketenzorg DM-2 of CVRM, per normpraktijk.

### *Mogelijke meerwaarde*

Bij het inventariseren van veranderingen in beweeggedrag bleek na 6 maanden 55,0% van de deelnemers te voldoen aan de NNGB maar nam af naar 38,9% op 12 maanden. Desondanks scoren deelnemers bij aanvang hoog op zowel het belang van bewegen als het vertrouwen.

Op 12 maanden was op 30,2% van de beweegdoelen (aantal doelen=43)<sup>8</sup> verbetering gerapporteerd, en op 14,0% van de doelen 2 punten of meer achteruitgang. Ondanks het begeleidingstraject bleek het moeilijk om actiever te worden en vooral om het vast te houden.

Hoewel de meeste deelnemers in de vragenlijsten hoog scoorden op motivatie en vertrouwen bij aanvang, bleek uit de open vragen en gesprekken dat er juist behoefte was aan het ondersteunen van motivatie en vertrouwen.

Uit aanvullende analyses bleken motivatie, vertrouwen, maar ook belemmerende comorbiditeit, leeftijd en BMI niet samen te hangen met gezond beweeggedrag op 12 maanden. Alleen het hebben van werk bleek voorspellend voor het volhouden van gezond beweeggedrag.

Een reden die in 23% van de beweegdoelen werd aangegeven als verklaring voor moeite houden met het uitvoeren van activiteiten was het ervaren van pijnklachten (meestal betrof het de chronische pijn in lage rug of knieën, pijn in de benen of een brandend gevoel in de voeten).

---

<sup>7</sup> *Uitgaand van de verdeling in de praktijken die worden begeleid door IZER. (Bronpopulatie V2.0)*

<sup>8</sup> *Verandering is gedefinieerd als 2 punten of meer verandering op de schaal van 0-10*

Uit aanvullende gesprekken met praktijkondersteuners bleek, dat aan het eind van de pilotstudie ter ondersteuning van gezond beweeggedrag gestart is met wandelgroepen. Ook gaven betrokken praktijkondersteuners aan dat ze vonden dat ze hierbij een voorbeeldfunctie hadden.

#### *Adoptie, implementatie en duurzame toepassing*

Van de deelnemers bleek het percentage dat lid was van een sportvereniging op 12 maanden duidelijk toegenomen te zijn van 28% naar 47%.

Wanneer gekeken werd naar bevorderende en belemmerende factoren om te bewegen dan bleek uit zowel de vragenlijsten als gesprekken dat gezondheid/fit worden, het ervaren van positieve effecten op de gezondheid met daarbij het weer kunnen uitvoeren van betekenisvolle activiteiten voor en met anderen, als belangrijke motivator werden gezien. Daarnaast hielden plezier, sociale contacten in een passende groep, het bewegen leuk en stimulerend. Ook helpt het wanneer iemand eerder positieve ervaringen had met bewegen. Ook werd goede begeleiding belangrijk gevonden met daarbij aanbod dat goed aansluit op fysieke mogelijkheden en wensen. Binnen deze doelgroep had een groot percentage te maken met een (of meerdere) comorbiditeit(en) en daarmee gepaard gaande chronische pijn- of vermoeidheidsklachten die als belemmerend werd aangegeven om te bewegen. Door enkele deelnemers werd Bewegen naar Beter als 'laatste strohalm' gezien om weer in beweging te komen en daardoor ook meer activiteiten te kunnen ondernemen. Wanneer het begeleidingstraject en/of de beweegactiviteit door beperkende chronisch pijn of onvoldoende passende activiteit of haalbaar bleek, gaven deelnemers aan zeer teleurgesteld te zijn. Hoewel de professionals zich hiervan bewust zijn, en binnen Bewegen naar Beter gestreefd wordt naar aansluiten bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt, lijkt het gekozen begeleidingstraject of de activiteit soms onvoldoende aan te sluiten bij de problematiek en fysieke beperkingen van deelnemers. Ook kregen mensen na verloop van tijd te maken met *nieuwe* aandoeningen/klachten of stressvolle situaties, waardoor aanpassingen nodig waren. Onder 'goede begeleiding' werd door de deelnemers verstaan: een positieve benadering, betrokkenheid, een positieve sfeer, met aandacht voor de mogelijkheden en interesses van de cliënt. Met daarbij gerichte adviezen, bijsturing en monitoring ter ondersteuning in een veilige trainingsomgeving. Er werden heel positieve ervaringen aangegeven met betrokken professionals van Bewegen naar Beter maar ook negatieve. Bejegening, heldere communicatie en het afstemmen van verwachtingen werden als belangrijk aangegeven. In overeenstemming met wat cliënten als belangrijk werd aangegeven in de tussenrapportage, werd door professionals aangegeven dat ze zich bewust zijn van hun coachende rol en het hebben van aandacht voor doorstromen naar passend beweegaanbod, eigen regie en vooral motivatie van de cliënt. Daarbij gaven ze aan de methode motivational interviewen in te zetten en in mindere mate gezamenlijke besluitvorming toe te passen. Ook werden succeservaringen en het opbouwen van vertrouwen in het eigen lichaam belangrijk gevonden. Op welke wijze dit gebeurde en hoe vaak, is niet in kaart gebracht. Op basis van de informatie over het halen van de NNGB door de deelnemers op 6 en 12 maanden, lijkt het desondanks toch lastig om deelnemers in beweging te krijgen en te houden.

Goede randvoorwaarden, zoals: ondersteunende logistiek (doorverwijzingen/communicatie tussen professionals), beperkte kosten, en wanneer het weinig moeite kost en aangenaam voelt om te gaan bewegen (o.a. weinig reistijd, warm water bij reuma, een groep waar men zich thuis voelt), ondersteunden. Daarnaast gaven mensen aan dat stress en beperkte tijd belemmerend werkten.

Door de professionals werd betreffende de onderlinge samenwerking aangegeven dat ze ieders rol in het begeleidingstraject waarderen, vooral de centrale verbindende rol van de sportconsulent.

Wel werden ook door hen aandachtspunten aangegeven waaronder:

- ▶ Onvoldoende bekendheid bij de praktijkondersteuners met de database,

- ▶ De wens tot meer informatie over het aanbod in de database (met beeld) en de kwaliteit en kosten,
- ▶ Het elkaar onvoldoende kennen en weinig afweten van elkaars taken en expertise,
- ▶ De behoefte aan laagdrempelige communicatie (digitaal en/of in persoon),
- ▶ En een korte wachtlijst voor de sportconsulent.

#### *Sterke en zwakke punten*

Bij het onderzoek is geprobeerd om zoveel mogelijk aan te sluiten op de planning en inhoud van de reguliere consulten in de ketenzorg voor mensen met DM-2 en CVRM. Dit om de belasting voor de praktijkondersteuners en deelnemers te beperken. Ook werden voorkeuren ten aanzien van informatieverzameling meegenomen om professionals zo min mogelijk te belasten (papieren vragenlijst, iemand anders dan praktijkondersteuners die de lijst samen met de cliënt invulde).

De bereidheid om naast deelname aan Bewegen naar Beter ook deel te nemen aan het onderzoek bleek, uitgaande van het aantal deelnemers, beperkt. Enkele praktijkondersteuners gaven aan dat ze het bespreekbaar maken van meer gaan bewegen en ook het meedoen aan onderzoek een drempel vonden omdat ze het gespreksonderwerp leefstijl bij sommige cliënten als moeizaam of gevoelig werd ervaren. Daarnaast vond een deel van de praktijkondersteuners deelname met de bijbehorende administratie belastend. Hiervoor konden praktijkondersteuners niet worden gecompenseerd. Naast het digitaal aanmelden van deelnemers voor de sportconsulent binnen Bewegen naar Beter via de website, werden mensen apart aangemeld voor het onderzoeksdeel. Daarnaast is het project uitgevoerd zonder subsidie voor het onderzoeksdeel wat de mogelijkheden voor logistieke ondersteuning o.a. met behulp van ICT beperkte.

Hoewel vooraf is ingezet op een grotere cohortstudie bleef de instroom van deelnemers sterk achter en is er geen controlegroep meegenomen. Dit betekent ook dat met name de bevindingen ten aanzien van verandering op beweeggedrag en de factoren die daarmee samenhangen de zeggingskracht van deze studie beperkt is. De gesprekken en open vragen en gesprekken bieden verdiepende informatie.

Verder bleek de informatie uit de SQUASH, meegenomen om de mate van verandering in beweeggedrag inzichtelijk te maken, tegen te vallen vanwege de ruis op het instrument en bleken sommige vragen voor verschillende uitleg vatbaar (Wendel-Vos et al., 2003). Daarom is de keuze gemaakt voor de robuuste, minder responsieve maat, de NNGB. In de toekomst zou in plaats daarvan een activiteiten meter zoals bijv. de ActivPal gebruikt kunnen worden (Harrington, Welk, & Donnelly, 2011).

Wat betreft de beide diagnosegroepen, bleek dat de meerderheid van deelnemers aan Bewegen naar Beter bestaat uit mensen met DM-2. De HVZ-groep is klein. Dit was ook duidelijk zichtbaar in de vertegenwoordiging bij de interviews. Omdat dit op zich ook relevante informatie is, is er voor gekozen aanvullend enkele interviews te doen met professionals om een indruk te kunnen krijgen over het wel/niet voldoende aansluiten van Bewegen naar Beter bij de cliëntengroep met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten.

Vanwege bovenstaande beperkingen, is de kans aanwezig dat mogelijk waardevolle ervaringen zijn gemist. Desondanks was er voor een groot deel wel overlap in de verschillende ervaringen die naar voren kwamen. Op basis van de beschikbare data wordt echter wel verwacht dat een waardevol beeld geschetst is van de ervaringen van cliënten en professionals met Bewegen naar Beter, waaruit verschillende aanbevelingen kunnen worden afgeleid.

#### *Breder perspectief*

Zoals ook uit het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) blijkt, is weten dat bewegen gezond is iets anders dan ook daadwerkelijk meer gaan bewegen (WRR, 2017). De bevindingen en recente inzichten op het gebied van het ondersteunen van duurzaam gezond (beweeg) gedrag op maat, sluiten

aan bij de 5 elementen van zelfmanagementondersteuning in zorgtrajecten volgens het 5A-model (Whitlock, Orleans, Pender, & Allan, 2002).

Binnen persoonsgerichte zelfmanagementondersteuning wordt de hulpvraag breed in kaart gebracht (Achterhalen) met factoren die daarop van invloed zijn. Vervolgens wordt geprobeerd aan te sluiten bij wat de cliënt nodig heeft ten aanzien van advies en informatie (Adviseren), en worden in samenspraak doelen opgesteld (Afspreken).

Verder neemt de zorgprofessional een positieve coachende op zich en monitort met aandacht voor barrières en succesfactoren (Assisteren). Daarnaast wordt teruggekomen op doelen en indien van toepassing doorverwezen (Arrangeren). Hierbij wordt rekening gehouden met de gezondheidsvaardigheden van de cliënt, door terug te vragen of de uitleg goed aansloot en door open communicatie over wat cliënten nodig hebben (Wittink & Oosterhaven, 2018; van Vliet, Chorus, & Ruwaard, 2017; Zorgmodule bewegen, 2015). Om aan te kunnen sluiten bij de cliënt en de coachende rol goed te kunnen vervullen is het van belang dat zorgprofessional ook in gesprek kunnen (durven) met hun cliënten over gezond beweeggedrag en ze daarin te ondersteunen. Daarnaast pleit deze insteek ook voor alertheid op veranderingen in de persoonlijke (gezondheid)situatie van de deelnemers, waardoor mogelijk aanpassingen in begeleiding wenselijk zijn.

#### *Samenvattend*

In deze verkennende studie komen zo'n 16% van de mensen in de ketenzorg voor DM-2 of HVZ in aanmerking voor Bewegen naar Beter.

Op basis van bevindingen in deze, pilotstudie zonder controlegroep, zijn er aanwijzingen dat Bewegen naar Beter voor een deel van de deelnemers kan bijdragen het behalen van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen op 6 maanden. Op 12 maanden blijkt een lager percentage de NNGB nog te halen. Wel zijn er ook op 12 maanden meer mensen lid van een sportvereniging.

Betrokken begeleiding op maat waarbij wordt aangesloten bij de (fysieke) mogelijkheden en wensen, in een positieve, laagdrempelige en veilige omgeving wordt door deelnemers als belangrijk ervaren. Daarnaast is het bespreekbaar maken van duurzaam gezond beweeggedrag als onderdeel van het begeleidingstraject in de ketenzorg van belang evenals alertheid op veranderingen in de persoonlijke (gezondheid)situatie die aanpassingen in ondersteuning vragen, en afstemmen van elkaars en verwachtingen.

Goede communicatie en afstemming/terugkoppeling tussen professionals, bekendheid bij de praktijkondersteuners met de sportdatabase, elkaars taken en expertise kennen, en een korte wachlijst voor de sportconsulent worden aangegeven als verbeterpunten om de aanpak optimaal uit te kunnen blijven voeren.

Bij het uitvoeren van een grote trial is het wenselijk om de praktijkondersteuners te ontlasten, de informatieverzameling verder te digitaliseren en de logistiek te vereenvoudigen om de (tijd)belasting te verminderen en instroom te bevorderen. Wat betreft de uitkomst en het traject is het wenselijk om geachte werkzame onderdelen van Bewegen naar Beter te monitoren en te werken met een valide en responsieve activiteitenmeter.

## 5. Aanbevelingen

De hieronder genoemde aanbevelingen zijn afgeleid uit bevindingen van zowel de tussenrapportage (gecommuniceerd voorjaar 2017) als het traject daarna dat geleid heeft tot deze eindrapportage. Daardoor kunnen door de betrokken partijen al aanpassingen ter verdere verbetering zijn ingezet.

### Bereiken van de doelgroep

- ▶ De doelgroep met DM-2 lijkt voldoende te worden bereikt.

Er is echter nog onvoldoende inzicht in het aansluiten van Bewegen naar Beter bij mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. Zij stromen nauwelijks in, bij Bewegen naar Beter. Daarbij worden ze minder vaak gezien binnen de ketenzorg dan de cliënten met Diabetes-type 2. Na helderheid over begeleiding via de tweede lijn, en de behoeftes van deze doelgroep t.a.v. beweegaanbod kunnen er mogelijk meer mensen instromen.

### Inhoud, structuur en communicatie Bewegen naar Beter

#### *Database*

- ▶ Breng de database onder de aandacht van alle deelnemende praktijkondersteuners en maak duidelijk wanneer een deelnemer naar de sportconsulent gaat en wanneer naar de fysiotherapeut/fysiocoach.
- ▶ Vul de database aan met informatie over kwaliteit, prijs, en eventueel met beeldmateriaal om een goede indruk te krijgen van het aanbod in de wijk
- ▶ Er zijn door de geïnterviewden mogelijkheden genoemd om een applicatie te maken met beweegaanbod in de wijk, en met oefeningen. Hiervoor kunnen mogelijkheden voor subsidie worden nagegaan.

#### *Samenwerken*

- ▶ Geef bekendheid aan de professionals ten aanzien van de afspraken en mogelijkheden rondom communicatie ten aanzien van: kiezen ondersteuningstraject, verwijzen, terugverwijzen, elkaar informeren, wel/niet volgen op langere termijn, etc.
- ▶ Om beter te weten van elkaar wie de ander is, kennis hebben van elkaars specifieke kennis en competenties, en elkaars rol, zou men:
  - een ontmoetingsbijeenkomst kunnen organiseren,
  - een wijkgerichte beweegmarkt kunnen organiseren samen met de sportconsulent,
  - of samen informatiebijeenkomst voor de doelgroep kunnen organiseren waarin ieder zijn eigen rol naar voren kan brengen.
- ▶ Contact leggen of overleg is ook mogelijk met bestaande digitale middelen waarbij privacy is geborgd zoals bijvoorbeeld facetalk, om op afstand op een laagdrempelige manier contact met elkaar te zoeken (<http://facetalk.nl>). Daarnaast zijn er veilige app-mogelijkheden specifiek voor de zorg (bijv. Siilo)
- ▶ Ook kan gekeken worden of er mogelijkheden zijn voor een digitaal platform om elkaar laagdrempelig te kunnen vinden, kennis te delen over doelgroepen/chronische aandoening en de consequenties hiervan voor inspanning/ deelname aan (specifieke) sporten.

#### *Menskracht en middelen*

- ▶ Een korte wachtlijst bij de sportconsulent houdt cliënten enthousiast. Om binnen de huidige middelen, en om voldoende cliënten te kunnen begeleiden in hun traject, kunnen de praktijkondersteuner en fysiotherapeut worden voorzien van kennis en informatie rondom beweegaanbieders zodat meer gebruik kan worden gemaakt van de database en eventueel de fysiocoach. Als aanvullende mogelijkheid zou geïnventariseerd kunnen worden of vrijwilligers van sportverenigingen een rol zouden kunnen spelen om de sportconsulent te ontlasten.

## Begeleiding

### *Algemeen*

- ▶ Ondersteun zorgprofessionals, indien nodig, in het bespreekbaar maken van duurzaam gezond (beweeg)gedrag

### *Achterhalen*

- ▶ Tijdens het eerste gesprek met de client dient het gewoonte te worden de 'beweegvraag' te stellen. Op deze manier is dit direct onderwerp van het gesprek en onderdeel van de begeleiding. Daarbij kan de professional gebruik maken van de kracht van herhaling, en aandacht blijven houden voor het prikkelen van de intrinsieke motivatie. (NB. De cliënt met Diabetes-type 2 wordt door de praktijkondersteuner vier maal per jaar gezien.)
- ▶ Naast de brede hulpvraag rondom bewegen ook verwachtingen, wensen en fysieke (on)mogelijkheden in kaart brengen, bijv. belemmerende comorbiditeit

### *Adviseren*

- ▶ Vanwege het uitgangspunt 'op maat aanbieden', is het met name bij oudere cliënten informatief om na te gaan of de database met beweegaanbod (in de huidige vorm) wel voldoende aansluit en/of ze hiermee uit de voeten kunnen.

### *Afspreken*

- ▶ In samenspraak komen tot doelen en aanpak wordt gewaardeerd en ondersteunt reële verwachtingen en motivatie
- ▶ Heldere afspraken worden gewaardeerd

### *Assisteren*

- ▶ Open houding en positieve coachende benadering ondersteunt mensen om tijdig hulp te vragen
- ▶ Monitoren werkt stimulerend en zorgt voor alertheid ten aanzien van barrières en succesfactoren, om tijdig ondersteuning aan te passen. Tevens geeft het inzicht in het aansluiten van het niveau van gezondheidsvaardigheden van de cliënt
- ▶ Blijf alert op veranderingen in de (gezondheid)situatie van de deelnemer (stress, comorbiditeit, e.d. kunnen van invloed zijn op het kunnen bewegen)

### *Arrangeren*

- ▶ Hou aandacht voor bewegen en het doorstromen naar passend laagdrempelig beweegaanbod
- ▶ Vraag terug en monitor veranderingen in gezondheid die invloed hebben op (belemmeringen in) het beweeggedrag

## Evaluatie Bewegen naar Beter in grote trial

- ▶ Kies voor een onderzoeksdesign met controlegroep en meer zeggingskracht
- ▶ Borg financiering en ondersteuning om praktijkondersteuners te ontlasten, de informatieverzameling verder te digitaliseren en de logistiek te vereenvoudigen om de (tijd)belasting te verminderen en instroom te bevorderen.
- ▶ Meet activiteitsniveau met een activiteitenmeter, bijvoorbeeld de ActivPal.
- ▶ Monitor de uitvoering/toepassing op de werkzaam geachte onderdelen van Bewegen naar Beter (o.a. maatwerk, ondersteuning eigen regie, samenwerking zorg en welzijn)
- ▶ Neem bij de uitkomsten ervaren kwaliteit, gezondheid en kosten mee<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Triple aim, zie <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/triple-aim-in-nederland-vilans.pdf>

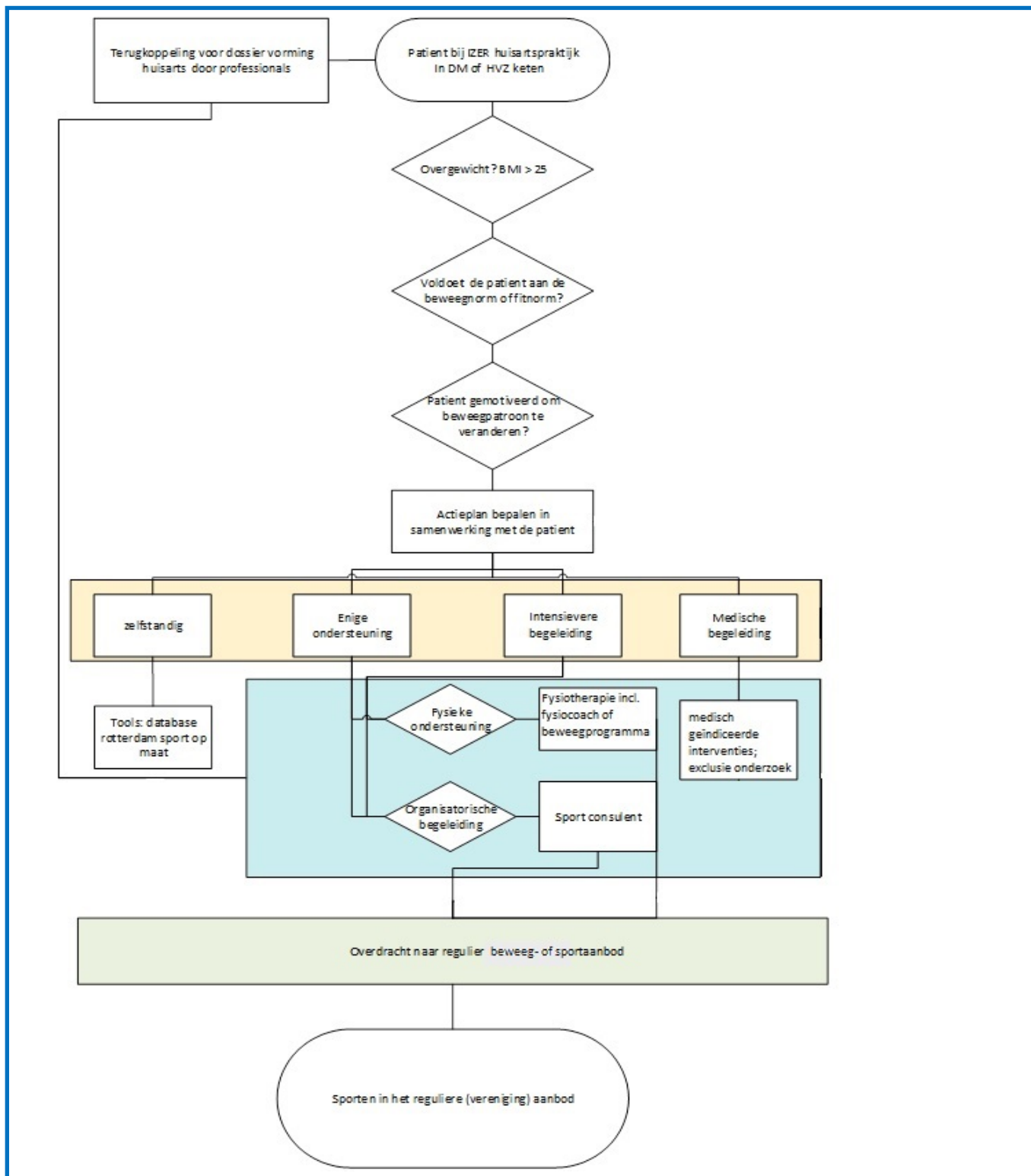
## Referenties

- Bilthoven, V. i. R. (2019). Retrieved from <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie>
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*: Boom Koninklijke Uitgevers.
- Bourbonnais, A., & Michaud, C. (2018). Once upon a time: Storytelling as a knowledge translation strategy for qualitative researchers. *Nurs Inq*, 25(4), e12249. doi:10.1111/nin.12249
- Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse: Kunst én Kunde*. Amsterdam Lemma uitgevers.
- Harrington, D. M., Welk, G. J., & Donnelly, A. E. (2011). Validation of MET estimates and step measurement using the ActivPAL physical activity logger. *J Sports Sci*, 29(6), 627-633. doi:10.1080/02640414.2010.549499
- Hoffmann, T. C., Hons, B., Maher, C. G. C. G., Phty, B., Bphysed, T. B., Sherrington, C., . . . Mbbs, P. P. G. (2016). Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. *CMAJ*, 188(7), 510-518. doi:10.1503/cmaj.150684/-/DC1
- Kaljour, M., & Vliet, van K. . (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. doi:<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren.html>
- RIVM. (2015). Beweeg- en sportgedrag van mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking.
- Shubert, T. E., Altpeter, M., & Busby-Whitehead, J. (2011). Using the RE-AIM framework to translate a research-based falls prevention intervention into a community-based program: lessons learned. *J Safety Res*, 42(6), 509-516. doi:10.1016/j.jsr.2011.09.003
- Stevens, A., Beurskens, A., Koke, A., & van der Weijden, T. (2013). The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clin Rehabil*, 27(11), 1005-1019. doi:10.1177/0269215513490178
- van Vliet, K., Chorus, A., & Ruwaard, D. (2017). Anders kijken, anders leren, anders doen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95(2), 53-55.
- Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., Saris, W. H., & Kromhout, D. (2003). Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity. *J Clin Epidemiol*, 56.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*, 22(4), 267-284.
- Wittink, H., & Oosterhaven, J. (2018). Patient education and health literacy. *Musculoskelet Sci Pract*. doi:10.1016/j.msksp.2018.06.004
- WRR. (2017). *Weten is nog geen doen; een realistisch perspectief op redzaamheid* (isBn 978 94 90186 48 ). Retrieved from Den Haag: [www.wrr.nl](http://www.wrr.nl)
- Zorgmodule bewegen. (2015). Geraadpleegd op 20 juli 2017 via: <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-zorgmodule-leefstijl-bewegen-volledige-tekst>. Amersfoort.



## Bijlagen

## Bijlage 1 Stroomdiagram trajecten Bewegen naar beter



## Bijlage 2 Samenvatting tussenrapportage

In de eerstelijnszorg is de begeleiding van cliënten met Diabetes type 2 (DM-2) en cliënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ), één van de speerpunten.

Het slagen van de begeleiding naar **duurzaam** gezond beweeggedrag en het gebruik van regulier beweegaanbod in de stad is echter lastig. Bewegen naar Beter streeft er naar de gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Om te inventariseren of deze aanpak uitvoerbaar is en voldoende aansluit bij cliënten en professionals, is er kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als centrale vraag:

*Wat zijn de ervaringen van de cliënten en professionals met Bewegen naar Beter?*

In totaal zijn negen cliënten en tien professionals geïnterviewd, en is er een interdisciplinaire focusgroepsbijeenkomst gehouden met 6 professionals. De cliënten noemden als motivatie om deel te nemen aan Bewegen naar Beter meestal gezondheidsredenen (afvallen, verminderen medicatiegebruik) en doorverwijzing van de huisarts. De intensiteit waarmee gesport werd varieerde van 1 tot 4 keer per week. Als bevorderende factoren voor bewegen werden aangegeven: de persoonlijke begeleiding en passende sportkeuze, plichtsgevoel, toezicht, sociale contacten, ervaren steun uit eigen omgeving, en zich fysiek en mentaal beter voelen. Binnen het zich fysiek en mentaal beter voelen werden aangegeven: het ervaren van verbeteringen in de gezondheid, meer kunnen in het dagelijks functioneren, plezier hebben, en zich voldaan voelen. Als belemmerende factoren om te (blijven) bewegen werden kosten, en de afstand en bereikbaarheid van de sportlocatie genoemd. Verder werd een veilige sportomgeving belangrijk gevonden en informatie over de kosten en bereikbaarheid met het openbaar vervoer.

De professionals gaven aan dat ze zijn overtuigd van het belang van Bewegen naar Beter en de onderlinge samenwerking, en ze waarderen ieders rol daarin. Vooral de centrale verbindende rol van de sportconsulent werd gewaardeerd. Ze gaven aan aandacht te hebben voor het doorstromen naar passend beweegaanbod, eigen regie en vooral motivatie van de cliënt.

Verder voelden ze zich toegerust tot hun meer coachende rol, waarin als belangrijkste tool motivational interviewen werd genoemd en in mindere mate gezamenlijke besluitvorming. Ook werden succeservaringen, en het opbouwen van vertrouwen in het eigen lichaam belangrijk gevonden.

Enkele aangegeven aandachtspunten waren: onvoldoende bekendheid bij de praktijkondersteuners met de database, de wens tot meer informatie over het aanbod in de database (met beeld) en de kwaliteit en kosten, het elkaar onvoldoende kennen en weinig afweten van elkaars taken en expertise, de behoefte aan laagdrempelige communicatie (digitaal en/of in persoon), en een korte wachtlijst voor de sportconsulent. Hiervoor worden aanbevelingen gedaan.

## Bijlage 3 Afspraken over verwijzen en terugverwijzen (voorzet)

Uitgangspunt in de verwijfsafspraken is dat zorgverleners onderling op de hoogte moeten zijn. Daarnaast is het belangrijk dat de cliënt leidend is in welke informatie de beweeg- of sportaanbieder te horen krijgt bij aanmelding. Indien de cliënt er de voorkeur aan geeft dat er geen informatie wordt uitgewisseld, vindt dus geen overdracht plaats.

Uitzondering hierop is wanneer er een direct gevaar is voor de cliënt en zijn beweeg- sportbegeleider, dan zal er altijd een overdracht worden geschreven door de verwijzer. Dit kan zijn de fysiotherapeut of de sportconsulent. De informatie en wijze van overdracht wordt altijd eerst met de patiënt afgestemd.

Huisarts/POH verwijst naar:

- Fysiotherapeut (beweegprogramma of coach); belangrijk is dat de fysiotherapeut wordt geïnformeerd over de diagnose en bij behorende meetwaarden als BMI, omvang, glucosewaarde, zo mogelijk HB en de motivatie van de patiënt. Op de verwijzing moet staan dat de huisarts de cliënt doorverwijst naar de fysiotherapeut.
- Sportconsulent; cliënt wordt aangemeld via [www.rotterdamsporstopmaat.nl/contact](http://www.rotterdamsporstopmaat.nl/contact) het formulier wordt ingevuld. Daarbij wordt vermeld dat het een cliënt betreft van IZER, het ziektebeeld van de cliënt en eventuele beperkingen. Dit vindt plaats in overleg met de cliënt. In de andere gevallen gaat de cliënt zelf aan de slag en is er geen overdracht naar een beweegaanbieder.

Fysiotherapeut(ische coach) verwijst naar

- Regulier beweegaanbod; overdracht met behandeling via een Beweegadvies-formulier voor de beweeg-of sportaanbieder. De cliënt besluit zelf of hij deze informatie deelt. Hier staat onder andere informatie over de klacht, bijbehorend beweegadvies en contactgegevens van de fysiotherapeut. Deze overdracht begint al tijdens het beweegprogramma. Bij de laatste 4 (van 24) bijeenkomsten van het beweegprogramma zullen er trainers van beweeg- en sportaanbod aansluiten. Hierdoor kan een directe warme overdracht plaatsvinden.
- Huisartsen praktijk; terugkoppeling op basis van behaalde resultaten via het informatiesysteem van FysioHolland. De fysiotherapeut geeft per brief terugkoppeling aan POH of huisarts na afronden traject met cliënt.

Sportconsulent verwijst naar:

- Huisartsenpraktijk; terugkoppeling op basis van behaalde resultaten
- Op het moment als de cliënt lid wordt en/of geen vragen meer heeft, zal het sportadviestraject afgesloten worden. Het resultaat van het sportadvies zal teruggekoppeld worden per e-mail door de sportconsulent aan de praktijkondersteuner (POH) of fysiotherapeut van de desbetreffende cliënt.
- Fysiotherapeut; overdracht op basis van behaalde resultaten
- Regulieraanbod; overdracht met behandeling via een Beweegadvies-formulier voor de beweeg- of sportaanbieder. De burger besluit zelf of hij deze informatie deelt met de sportaanbieder. Hier staat onder andere informatie over de klacht van de burger, bijbehorend beweegadvies en contactgegevens van de sportconsulent.

## Bijlage 4 Oorspronkelijke steekproefberekening grotere cohortstudie

Om verschillen in activiteitsniveau tussen voor en na meting inzichtelijk te kunnen maken voor de verschillende deelgroepen (DM-2 en CVRM, en per begeleidingstraject) was een inschatting van de steekproefgrootte gemaakt (zie kader).

### Oorspronkelijke steekproefberekening

Omdat sprake was van het monitoren van de dagelijkse praktijk en er alleen sprake was van voor- en na metingen, was uitgegaan van een kleine type II error, en grote effectsize.

Uitgaande van een kans van 5% op een type I error en een type II error van 10% (power 90%) bij een effectsize van 0.5, is het benodigde aantal deelnemers, bij vergelijkingen per begeleidingstraject, in de kleinste groep (met of DM-2 of (een verhoogd risico op) HVZ in een van de 3 begeleidingstrajecten) 44 (*Faul 2007*).

Uitgaande van 20% uitval over 12 maanden tijd, betekent dat per begeleidingstraject 112 deelnemers (ca. 56 deelnemers met DM-2 en ca. 56 met HVZ). Voor 3 trajecten samen betekent dit 336 deelnemers.

### *Werving en respons*

Een gemiddelde huisartspraktijk heeft ongeveer 2100 cliënten. Geschat wordt dat er per 1000 cliënten in de huisartspraktijk, zo'n 50 zijn met DM-2. Voor hart- en vaatziekten ligt het aantal cliënten rond de 70. Daarbij komen nog cliënten met een verhoogd risico. Daarnaast heeft 48.3% van de volwassenen overgewicht of obesitas ([www.volksgezondheidszorginfo.nl](http://www.volksgezondheidszorginfo.nl)). IZER omvat 150 huisartspraktijken in de regio, waarvan er ongeveer 30 zullen deelnemen aan het project. Binnen dit cohort worden achtereenvolgende cliënten die tijdens hun reguliere begeleiding in de ketenzorg vanwege DM-2 of (verhoogd risico op) HVZ op consult komen en voldoen aan de in-/exclusiecriteria gevraagd om mee te doen. We verwachten daarom dat het inclusie van zo'n 12 cliënten per deelnemende huisartspraktijk over een instroomperiode van 7 maanden zeker haalbaar is.

## Bijlage 5 Overzicht onderdelen vragenlijst

Onderdeel	Constructen, schalen, items	Onderdeel vragenlijst
Vragenlijst		
<ul style="list-style-type: none"> <li>praktijkondersteuner</li> </ul>		
A. Intake praktijkondersteuner algemene info	Datum, respondentnummer, leeftijd, geslacht	A. 1-2
In-/exclusiecriteria	DM/(verhoogd hoog risico)CVRM, overgewicht, beweegnorm, motivatie deelname	A. 1-8
gekozen traject bewegen naar beter	Begeleidingsprofiel en deelname	A. 9-10
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënt</li> </ul>		
B. Achtergrondkenmerken	Datum, respondentnummer, geslacht, geboortedatum, woon-en werk situatie, opleidingsniveau	B. 1-5
Gezondheid en Risicofactoren	BMI (lengte, gewicht), ervaren algemene gezondheid, beperkende comorbiditeit	B. 6-9
Motivatie en vaardigheden	Zelf ingeschatte motivatie en vaardigheden, gewenste beweegvorm ( <i>Zorgmodule Bewegen 2015 Otten en van Hespren 2013</i> )	B. 10-13
C. Persoonlijke beweegdoelen	Patiënt Specifieke Klachtenlijst ( <i>PSK, Beurskens et al. 1996</i> )	C. 1-3
D. Activiteitsniveau	Activiteitsniveau, inclusief Nederlandse Norm Gezond Bewegen) ( <i>SQUASH, Wendel-Vos et al. 2004</i> )	D. 1-6
E. Bevorderende en belemmerende factoren bewegen	Motiverende en belemmerende factoren, nodig	E. 1-3

## Bijlage 6 Intakeformulier

### Intake

#### Deel A: Intake praktijkondersteuner

Respondentnummer □□□□

Datum van invullen □□-□□-□□□□  
(dag) (maand) (jaar)

1. Wat is het geslacht van uw cliënt?

- <sub>1</sub> Vrouw  
<sub>2</sub> Man

2. Wat is de leeftijd van uw cliënt

□jaar

3. Cliënt wordt in deze huisartsenpraktijk begeleid vanwege:

*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- <sub>0/1</sub> Diabetes Type 2  
<sub>0/1</sub> Hart- en vaatziekten  
<sub>0/1</sub> Verhoogd risico op hart- en vaatziekten

4. Heeft de cliënt overgewicht? (BMI>25)

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Nee → *komt niet in aanmerking voor Bewegen naar Beter*

5. Voldoet de cliënt aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen?

*Beweegt u tenminste 5 dagen per week 30 minuten lang matig intensief?\**

- <sub>1</sub> Ja → *komt niet in aanmerking voor Bewegen naar Beter*  
<sub>2</sub> Nee

**\* Aan de norm wordt voldaan: bij totale inspanning per dag van 30 minuten (in blokjes van minimaal tien minuten), EN minimaal vijf dagen per week, EN iets hogere hartslag en ademhaling (dus stevig doorwandelen, iets harder op de pedalen trappen, eens flink achter de hond aanrennen).**

6. *Fitnorm:* Hoe vaak per week beweegt de cliënt intensief door bijvoorbeeld te sporten?

- <sub>1</sub> Niet of enkele keren per jaar zwaar inspannend actief  
<sub>2</sub> Regelmatig maar minder dan 3 keer per week  
<sub>3</sub> Drie of meer keren per week tenminste 20 minuten

Voldoet de cliënt aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen OF de fitnorm?

<sub>1</sub> Ja → *komt niet in aanmerking voor Bewegen naar Beter*

<sub>2</sub> Nee

7. Is uw cliënt gemotiveerd om meer te gaan bewegen?

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Nee → *komt niet in aanmerking voor Bewegen naar Beter*

8. Het geïnformeerd en gezamenlijk gekozen begeleidingsprofiel van Bewegen naar beter is:

<sub>0</sub>. Zelfstandig op zoek gaan naar passend beweegaanbod via de beweegdatabase

<sub>1</sub>. Enige ondersteuning door sportconsulent

<sub>2</sub>. Enige ondersteuning door de fysiocoach

<sub>3</sub>. Intensieve begeleiding door een fysiotherapeut in een gericht beweegprogramma

<sub>4</sub>. Intensieve individuele medische begeleiding (valt buiten evaluatie Bewegen naar Beter)

9. Wil uw cliënt deelnemen aan Bewegen naar Beter?

<sub>1</sub> Ja → *Ga verder met informatiebrief en toestemmingsformulier, en vragenlijst 1*

<sub>2</sub> Nee, omdat .....



## Bijlage 7 Vragenlijst 1

### Toelichting vragenlijst

#### Bewegen naar Beter-studie

##### Invullen

- Dit is de vragenlijst voor de evaluatie van de aanpak Bewegen naar Beter.
- De vragenlijst bestaat uit 3 delen. Bij start van Bewegen naar Beter vult u **alléén** deel 1 in.
- Deel 2 en 3 vult u in over 6 maanden en over 12 maanden na het huidige consult met de praktijkondersteuner van uw huisarts, tijdens een volgend consult.
- Voor het onderzoek is het belangrijk dat u alle vragen zo goed mogelijk invult.
- Leest u bij elk deel vooraf goed de toelichting!
- Het is de bedoeling dat u steeds **één** hokje aankruist tenzij anders aangegeven.
- Bij sommige vragen is ruimte opengelaten om zelf iets in te vullen.
- **Als u bij vergissing een hokje heeft aangekruist en u wilt een ander antwoord geven, dan kunt u vervolgens het juiste antwoord aankruisen en dat aangeven met een pijltje.**

##### Voorbeeld:

Hoeveel stuks fruit heeft u gisteren gegeten?

- 1 geen
- 2 1 stuk fruit
- 3 2 stuks fruit
- 4 meer dan 2 stuks fruit

- Ook als u vindt dat bepaalde vragen niet op u van toepassing zijn, willen we u toch vragen om **alle vragen** zo goed mogelijk te beantwoorden.
- We konden helaas niet voorkomen dat bepaalde vragen op elkaar lijken terwijl ze toch net iets anders vragen. We vragen u ook om deze vragen toch in te vullen.
- Het duurt ongeveer 15 minuten om de vragenlijst in te vullen.

##### Verdere informatie

Mocht u vragen of opmerkingen hebben dan kunt u contact opnemen met A. Feleus, onderzoeker Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam, door te bellen naar

010- ..... of te mailen naar .....@hr.nl.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!!

## Deel B: Algemene gegevens

Respondentnummer □□□□

De vragenlijst start met enkele vragen over uw achtergrond

Datum van invullen                      □□-□□-□□□□  
(dag) (maand) (jaar)

1. Wat is uw geslacht?

- <sub>1</sub> Vrouw  
<sub>2</sub> Man

2. Wat is uw geboortedatum?

□□-□□-□□□□  
(dag) (maand) (jaar)

3. Wat is uw huidige woonsituatie?

- <sub>1</sub> Zelfstandig wonend (alleen)  
<sub>2</sub> Zelfstandig wonend (alleen met kind(eren))  
<sub>3</sub> Zelfstandig wonend (samen met partner)  
<sub>4</sub> Zelfstandig wonend (samen met partner en kind(eren))  
<sub>5</sub> Andere woonsituatie, namelijk .. .. .

4. Wat is uw huidige werksituatie?

- <sub>1</sub> Werkend fulltime  
<sub>2</sub> Werkend parttime  
<sub>3</sub> Huisvrouw/-man  
<sub>4</sub> Werkloos / WAO  
<sub>5</sub> VUT /gepensioneerd

5. Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft afgerond?

- <sub>1</sub> Lager algemeen onderwijs, basisschool, Lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LEAO)  
<sub>2</sub> Middelbaar algemeen onderwijs (bijv. ULO, MULO, MAVO)  
<sub>3</sub> Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)  
<sub>4</sub> Voortgezet algemeen onderwijs (bijv. HAVO, VWO, gymnasium)  
<sub>5</sub> Hoger beroeps onderwijs (bijv. HTS, HEAO) of universiteit  
<sub>6</sub> Anders, namelijk .. .. .

6. Wat is uw lengte? □□□ cm.



## Deel C: Persoonlijke beweegdoelen

### Toelichting:

Met de gekozen aanpak binnen Bewegen naar Beter zal ieder op zijn/haar eigen manier toewerken naar een voor hem/haar passende manier van meer bewegen. Meer bewegen draagt voor veel mensen bij aan meer/makkelijker bepaalde activiteiten kunnen uitvoeren die u dagelijks of wekelijks doet en moeilijk te vermijden zijn.

Van belang is om voor u zelf na te gaan welke activiteiten of bewegingen u graag ziet verbeteren, ofwel wat **UW** persoonlijke beweegdoelen zijn.

Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen als voorbeeld. We vragen u activiteiten aan te geven waar u moeite mee heeft EN die **u heel belangrijk vindt** en het liefst **zou zien veranderen** in de komende **maand(en) of jaar**. U mag ook **andere** activiteiten en bewegingen opschrijven die **voor u belangrijk zijn!**.

Kruis het vakje aan voor deze activiteit.

<p><b>Loopfuncties</b></p> <input type="checkbox"/> Traplopen <input type="checkbox"/> Lopen, wandelen <input type="checkbox"/> Buitenshuis lopen op effen terrein <input type="checkbox"/> Buitenshuis lopen op oneffen terrein <input type="checkbox"/> Berg op lopen <input type="checkbox"/> Berg af lopen <input type="checkbox"/> Hardlopen, rennen <input type="checkbox"/> ..... <p><b>Evenwicht</b></p> <input type="checkbox"/> Huppen <input type="checkbox"/> Hurken <input type="checkbox"/> ..... <p><b>Sport/hobby's</b></p> <input type="checkbox"/> Fietsen <input type="checkbox"/> Hardlopen / Nordic walking <input type="checkbox"/> Conditietraining <input type="checkbox"/> Fitness <input type="checkbox"/> Balsporten <input type="checkbox"/> Tuinieren <input type="checkbox"/> .....	<p><b>Huishouden</b></p> <input type="checkbox"/> Ramen wassen <input type="checkbox"/> Poetsen <input type="checkbox"/> Bed opmaken <input type="checkbox"/> Vegen <input type="checkbox"/> Stofzuigen <input type="checkbox"/> Tegels afwassen <input type="checkbox"/> ..... <p><b>Activiteiten Dagelijks Leven</b></p> <input type="checkbox"/> Boodschappen doen <input type="checkbox"/> Liggen <input type="checkbox"/> Bukken <input type="checkbox"/> Tillen <input type="checkbox"/> Kind/ouder/partner verzorgen <p><input type="checkbox"/> Betaald werk  <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk  <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Aanvullende andere activiteiten</b></p> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
--	--

Selecteer de **3 voor u belangrijkste activiteiten** (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid. Probeer uw doelen **helder** te formuleren.

1. ....
2. ....
3. ....

Wij vragen u deze drie activiteiten te scoren door het bijpassende cijfer te omcirkelen. Scoort u 0, dan kost de activiteit u geen enkele moeite. Scoort u 10 dan is de activiteit onmogelijk voor u. Bij de toelichting kunt u de activiteit verhelderen, bijv. de activiteit wandelen, met als toelichting: *(met rollator)*.



**Deel D: Huidige activiteiten**

Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maand. Wilt u aangeven **hoeveel dagen per week** u de onderstaande activiteiten verrichtte, hoeveel minuten u daar dan **gemiddeld** op zo'n dag mee bezig was en hoe inspannend deze activiteit was?

<b>1. WOON-WERK/SCHOOL VERKEER (heen en terug)</b>	<b>aantal dagen per week</b>	<b>gemiddelde tijd per dag</b>	<b>Inspanning (aankruisen a.u.b.)</b>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Lopen van/naar het werk of school	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> langzaam <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> snel
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Fietsen van/naar werk of school	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> langzaam <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> snel
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Niet van toepassing			
<b>2. LICHAAMELIJKE ACTIVITEIT OP WERK EN SCHOOL</b>		<b>aantal uren per week</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk, met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Zwaar inspannend werk (lopend werk, waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Niet van toepassing			
<b>3. HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN</b>	<b>aantal dagen per week</b>	<b>gemiddelde tijd per dag</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen)	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Zwaar inspannend huishoudelijk werk (vloer schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen)	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Niet van toepassing			

<b>4. VRIJE TIJD</b>	<b>aantal dagen per week</b>	<b>gemiddelde tijd per dag</b>	<b>Inspanning (aankruisen a.u.b.)</b>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Wandelen	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> langzaam <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> snel
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Fietsen	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> langzaam <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> snel
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Tuinieren	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> langzaam <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> zwaar
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Klussen/doe-het-zelven	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minuten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> langzaam <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> zwaar
<b>5. SPORT</b> (Hier maximaal 4 sporten opschrijven.) <i>Bijv. tennis, handbal, gymnastiek, fitness, schaatsen, zwemmen</i>	<b>aantal dagen per week</b>	<b>gemiddelde tijd per dag</b>	<b>Inspanning (aankruisen a.u.b.)</b>
1. ....	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> licht <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> zwaar
2. ....	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> licht <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> zwaar
3. ....	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> licht <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> zwaar
4. ....	<input type="checkbox"/> dagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> licht <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> gemiddeld <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> zwaar
<b>6. TOTAAL</b>			<input type="checkbox"/> dagen
Op gemiddeld hoeveel dagen per week bent u, alles bij elkaar opgeteld, tenminste en halfuur bezig met fietsen, klussen, tuinieren of sporten			<i>per week</i>



## Deel E: Bevorderende en belemmerende factoren

Gaat over uw huidige situatie

### 1. Welke factoren motiveren u om meer te gaan bewegen /of te gaan sporten?

	Geheel mee oneens		neutraal	Geheel mee eens	
• Belang voor mijn gezondheid en fitheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Plezier en ontspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sociale contacten/vriendschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uiterlijk en/of afslanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Vrienden/familieleden die ook sporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prestatie/competitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Enthousiaste en begripvolle begeleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anders, .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Welke factoren bemoeilijken voor u het meer gaan bewegen?

	Geheel mee oneens		neutraal	Geheel mee eens	
• Geen leeftijdgenoten om mee te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angst om (weer) te gaan bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Negatieve beweegervaringen uit verleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Onvoldoende steun in mijn omgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Thuissituatie (bijv. (mantel)zorg voor gezinlid/partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reisafstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Onbekend met het aanbod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anders, .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Wat heeft u nodig voor om uw kansen op te gaan EN te blijven bewegen te vergroten?

(noem maximaal 3 factoren)

- 0/1 .....
- 0/1 .....
- 0/1 .....

Eventuele opmerkingen of aanvullingen kunt u hier weergeven

---

---

**Hartelijk bedankt voor het invullen van de eerste vragenlijst!**

Graag de ingevulde vragenlijst inleveren bij de praktijkondersteuner van uw huisarts.

## Bijlage 8 Interview protocol storytelling

### Benodigheden

- Voice recorder en back-up (telefoon): controleer vooraf of deze werkt.
  - Reserve batterijen
  - Pennen, papier
  - Informed consent in 2-voud (bij cliënten die wel meedoen met BNB maar niet met de evaluatie)-veiligheid, rust en ruimte, geduld en stiltes, aanmoedigen om te vertellen, eigen oordeel weglaten.
  - Niet feitelijk, maar gebeurtenissen ophalen. Benieuwd zijn naar die situatie
- ! Ander laten vertellen in de ik –vorm. Het gaat over u/is uw verhaal. Zou u het willen vertellen In de ik-vorm?**

### Rolverdeling (LM: kan ook alleen)

#### Rolbeschrijving gespreksleider

- Introduceert het gesprek
- Leidt het gesprek
- Stelt de vragen
- Luistert actief

#### Rolbeschrijving secundant

- Start en stopt opnameapparatuur
- Maakt aantekeningen
- Observeert
- Houdt de tijd in de gaten, en stelt evt. aanvullende vragen

### Leg het onderzoek uit, wat de bedoeling is van het gesprek

- Respondent stelt zichzelf kort voor. Voorstellen van de gespreksleider en secundant

Dit is \_\_\_ en ik ben \_\_\_,

- Stel respondent op gemak, je start met algemene vraag (wek vertrouwen)

Wij willen u nogmaals bedanken voor uw medewerking aan het onderzoek.

Fijn dat u met ons in gesprek wilt.

We hebben contact met u opgenomen vanwege uw deelname aan bewegen naar Beter en willen graag uw ervaringen horen. Zodat iedereen er van kan leren.

We hebben **ruim de tijd**. Ik verwacht dat we ongeveer een uur in gesprek zijn.

**Om goed naar u te luisteren neem ik het gesprek op.** Dan kan ik het later terugluisteren en uittypen. Het verslag van dit gesprek wordt volledig anoniem en de opname wordt dan gewist.

### Macrovraag:

**Hoe is het gekomen dat u aan dit programma mee bent gaan doen?.** (meer te gaan bewegen)

(-wie, medestanders: wie/wat heeft geholpen, tegenstanders, wie/wat zat in de weg, worsteling: waar liep je tegenaan? Wending: wat gebeurde er?)

- Op welk moment dacht u, ja dat is iets voor mij? (op welk moment was dat, hoe ging dat?)

### Microvragen [Waar haak ik op aan waar haak ik op af?]

- Kunt u een situatie schetsen waarin u gestimuleerd werd om meer te gaan bewegen?
- Kunt u een moment beschrijven waarin dat gebeurde?
- Wat gebeurde er precies? (wat deed u toen anders? (meer bewegen/minder zitten)
- Wat heeft u toen als motiverend ervaren?
- Hoe was dat voor u?
- Waar was je en met wie?
- Wat heeft het je gebracht?
- Waar ben je trots op?/teleurgesteld...
- Wat vertelde u daarover toen u thuis kwam aan uw man/vrouw?

- Zijn er situaties waarin de zorgprofessional helpend was?

**Waren er ook momenten waarop u zich juist belemmerd voelde om meer te gaan bewegen?**

Kunt u mij eens meenemen naar een situatie waarin u dacht:

- Ik heb totaal geen zin
- Het heeft toch geen effect
- Nu zie ik het niet meer zitten

**Kunt u een voorbeeld noemen waarin u zich gesteund of aangemoedigd voelde?**

**Kunt u eens een voorbeeld noemen van een moment in het programma waarvan u vond: hier ben ik eigenlijk trots op**

- Ik krijg vleugels
- Dit doet me geweldig goed
- Een situatie of moment herinneren waarin u gestimuleerd werd om meer te gaan bewegen?
- Kunt u een moment beschrijven waarin dat gebeurde?
- Wat gebeurde er precies? (wat deed u toen anders? (meer bewegen/minder zitten)
- Hoe was dat voor u?
- Waar was je en met wie?
- Wat heeft het je gebracht?
- Waar ben je trots op?/teleurgesteld...
- Wat vertelde u daarover toen u thuis kwam aan uw man/vrouw?
- Zijn er situaties waarin de zorgprofessional belemmerend was?

-Wat heeft er voor gezorgd dat u het wel/niet vol kon houden?

(-wie, medestanders: wie/wat heeft geholpen, tegenstanders, wie/wat zat in de weg, worsteling: waar liep je tegenaan? Wending: wat gebeurde er?)

**Zijn er momenten geweest waarop u dacht: ik hou er mee op/ik ga naar huis**

Kunt u zo'n moment beschrijven... Ja? Vertel eens..? (punt je van de stoel...uw ervaring doet er toe)

**Zijn er nog dingen die beter kunnen?**

- Goh u heeft veel beleefd.. als u nu zelf vorm zou mogen geven aan het programma.. hoe zou het er dan uitzien? (is ook verhalend)
- Hoe zou u dan willen dat het zou verlopen?

en daaruit informatie halen ter verbetering van de begeleiding...

/ die u helpt om het vol te houden..

Of kunt u beschrijven hoe voor u de optimale begeleiding er uit ziet/zou moeten zien?

Dank u wel dat u dit gedeeld hebt/voor uw waardevolle ervaringen.

## Bijlage 9 Codelijst Interviews

<b>Reden deelname</b>			
Extrinsieke motivatie	Advies praktijkondersteuner/ huisarts		
Intrinsieke motivatie	Gezondheid	medicatie verminderen	
		afvallen	
		conditie opbouwen	
	Zorgen toekomstige vergoeding ziektekosten		
<b>Belemmerend voor Bewegen</b>			
Co-morbiditeit	Beperkende Chronische pijn	Rug, buik(wandcorrectie) schouder	
		Reuma, artrose	
	Beperkende vermoeidheid	Status na niertransplantatie	
		Status na CVA	
	Weinig energie	Burn-out , depressieve gevoelens	
Andere prioriteiten	Werk/opleiding	Meer gaan werken, omscholen, arbeidsconflict	
	Zieke partner		
	Andere hobby's		
Praktisch	Reis(tijd)		
	Beperkte financiële middelen		
Weinig steun	Eigen leefomgeving		
	eenzaamheid		
	zorgprofessional		
Motivatie	Zorgen gezondheid	Angst effect bewegen op klachten	
		Zorgen over juiste diagnose	
	Weinig vertrouwen	Ouderdom komt met gebreken	
		Ik ben lui	
	Schaamte	obesitas	
<b>Helpend voor bewegen</b>			
motivatie	Noodzaak hoog	Jong Overleden familieleden	
	Droom	Van pensioen/kleinkinderen genieten,	
	Vertrouwen	Eerdere positieve ervaringen	
	Verandering voelen	Jonger, fitter, sterker, soepeler, minder pijn, meer gevoel in lichaam	
		gewichtsverlies	
		Beter slapen	
		Afname medicatie door afvallen	
	Gevoel	trots	vasthouden zelfstandigheid
		plezier	
	Complimentjes		
	Vriendschap/gezelligheid		
	Enthousiasme coaches		
Van betekenis zijn	Fit zijn voor mijn gezin/er kunnen zijn		
	Anderen ook motiveren		
	Leuke dingen doen met de kleinkinderen		

	Fysiek fit om te klussen voor anderen		
Inbouwen in adl	lunchwandelen		
	Boodschappen op de fiets		
Levenshouding	Glas altijd halfvol		
Praktische steun	Kennissen, familie	Vervoer, bewegen	
Mentale steun	Trotse familie		
<b>Bewegen naar Beter</b>			
<b>positief</b>	Communicatie/bejegening	Persoonlijke aandacht, betrokkenheid	
		Positieve benadering, ook bij af en toe afwezigheid	
		Sfeer	welkom voelen
			ontspannen
	Motiverend	gedrevenheid	
		Samen lachen	
		complimentjes	
	Inhoud	Goede beweeglessen	
		Monitoren en adviseren	
		Veiligheid	
<b>negatief</b>	Communicatie/bejegening	Weinig tijd, aandacht	
		Afspraken niet nakomen	
		Weinig begrip tonen	
	Inhoudelijk	aanbod sloot niet aan	Te zwaar i.v.m. co-morbiditeit, Schaamte
		Geen deskundige begeleiding i.v.m. uitleg toestellen	
		Geen aansluiting anderen in oefengroep	
<b>Tips</b>	Inschatting begeleidingstraject	Passend aanbod voorkomt teleurstelling en frustratie (belemmerende co-morbiditeit, schaamte)	
	Reële verwachtingen	Soms gezien als laatste hoop	
	sportconsulent	Langduriger steun	
	randvoorwaarden	Langduriger Financiële ondersteuning	

[HR.nl/BewegenNaarBeter](https://www.hr.nl/BewegenNaarBeter)