

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/B&G 2008.103

Kennisarena Bewegen & Eten

Datum	Oktober 2008
Auteur(s)	Marijke Hopman-Rock
Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Projectnummer	011.07300/04.09
Aantal pagina's	117 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	14

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Managementsamenvatting

Dit verslag betreft de eerste Kennisarena Bewegen & Eten gehouden op 29 mei 2008, alsmede de follow-updag van 29 september 2008. Het verslag is bedoeld voor zowel interne als externe partijen.

De Kennisarena heeft als doel om tot interactie met stakeholders / partners te komen over een gezamenlijke definiëring van de belangrijkste maatschappelijke opgaven op het gebied van een of meerdere vraaggestuurde programma's.

Op verzoek van het ministerie is een combinatie gemaakt van vragen op het gebied van Bewegen (Vraaggestuurde programma Bewegen en Gezondheid) en voedingsgedrag (Eten, dit onderwerp hoort bij het vraaggestuurde programma Gezonde Voeding). Dit is gedaan met het oog op bundeling van kennis met betrekking tot de strijd tegen overgewicht in Nederland.

Resultaat van de kennisarena Bewegen en Eten op 29 mei 2008 is geweest dat voor het programma Bewegen en Gezondheid naast de al bestaande programmalijnen (monitoring, blessures & vallen; omgeving; arbeidsparticipatie; interventies & implementatie) meer aandacht wordt besteed (speerpunten) aan 'Kinderen en overgewicht' en 'Bewegen in de zorgsetting'.

Om de gekozen speerpunten verder uit te werken is een bijeenkomst (follow-up) georganiseerd op 30 september 2008 waarop de partners van de kennisarena zich konden inschrijven. Dit heeft geleid tot twee geanimeerde bijeenkomsten verdeeld over twee dagdelen onderbroken door een gezamenlijke lunch.

Resultaat van de follow-up dag is dat twee praktijkcases op het onderwerp van de speerpunten nader zullen worden uitgewerkt. Dit zal het komende half jaar gebeuren. Naar verwachting ondersteunt VWS dit proces financieel (subsidieaanvraag is ingediend). Het proces zal leiden tot twee projectopzetten die bestaan uit meerdere werkpakketten die geleid worden door verschillende partners. Naast eigen investeringsmiddelen wordt daarnaast gezocht naar externe financieringsmogelijkheden (gemeenten, fondsen, ministeries, zorgverzekeraars, nationale zorgautoriteit).

Inhoudsopgave

1	Kennisarena Bewegen & Eten	7
1.1	Doelen van de Kennisarena	7
1.2	Locatie, datum en tijd	7
1.3	Lijst genodigden	7
2	Kennisarena Bewegen en Eten 29 mei 2008.....	11
2.1	Uitnodiging	11
2.2	Programma 29 mei 2008.....	11
2.3	Verslag.....	11
2.4	Analyse van de briefjes.....	13
2.5	Uitkomst van de briefjes	15
3	Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten 30 september 2008.....	23
3.1	Deelnemers ochtendprogramma	23
3.2	Ochtendprogramma	23
3.3	Verslag ochtendprogramma.....	24
3.4	Deelnemers middagprogramma	28
3.5	Middagprogramma.....	29
3.6	Verslag middagprogramma.....	30
	Bijlage(n)	
	A Uitnodigingsbrief van VWS	
	B PowerPoint presentatie VWS en RIVM	
	C PowerPoint presentatie Marijke Hopman-Rock	
	D PowerPoint presentatie Simone Buitendijk	
	E PowerPoint presentatie Theo Paulussen	
	F PowerPoint presentatie Annette Stafleu	
	G PowerPoint presentatie Nico van Meeteren	
	H PowerPoint presentatie Theo Paulussen	
	I PowerPoint presentatie Paul Kocken	
	J PowerPoint presentatie Ingrid Bakker	
	K PowerPoint presentatie Sandra Bausch-Goldbohm	
	L PowerPoint presentatie Paul de Vreede	
	M PowerPoint presentatie Meike Smit	
	N PowerPoint presentatie Mathieu de Greef	

1 Kennisarena Bewegen & Eten

1.1 Doelen van de Kennisarena

Doelen van VWS en TNO van de Kennisarena zijn:

1. Ieder jaar interactie met stakeholders/partners over wat de maatschappelijke opgaves zijn op het gebied van de vraaggestuurde programma's.
2. Afstemming (onderzoeks)activiteiten (versterking, verdieping, verbreding).
Wie wil met TNO samenwerken?
3. Discussie met elkaar: prioritering thema's, commitment,
4. Jaarlijkse bijstelling (inhoud en omvang)

Aanvullende doelen van TNO:

1. Leiderschap zichtbaar maken
2. Stakeholders werven en binden
3. Kennispartners werven en binden

1.2 Locatie, datum en tijd

Locatie: Ministerie van VWS, Parnassusplein 5, 2511 VX Den Haag

Datum: 29 mei 2008

Tijd: 13.00 – 17.00 uur

1.3 Lijst genodigden

Instelling	Genodigde
GEMEENTEN	
VNG /G-10	Dhr. R. Verelzen
KENNISINSTELLINGEN	
EMGO Instituut Vumc	Dhr. W. van Mechelen
GGD-Nederland	Dhr. L. de Vries, directeur
Mulier instituut	Dhr. Hoekman
Mulier instituut	Mw. Stuij
Nebas/Nsg	Dhr. E. de Winter, directeur
Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)	Mevr. C. Ross, directeur
Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)	Mevr. W.M.A. ter Haar, sectormanager Welzijn en Gezondheid
NIGZ	Dhr. J.G.J. Huurman
Nivel	Mevr. J. Bosman
NOC*NSF	Dhr. Mw. S. Posthuma, projectleider breedtesportontwikkeling
RIVM	Mevr (Jolanda) Boer, Centrum Gezond Leven
RIVM	Mevr. J. Van Sonderen

RIVM	Mevr. W. Wendel, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek
Trimbos -instituut	Dhr. R. de Graaf
UMC Utrecht	Dhr. F. Backx
Voedingscentrum	Mevr. A. Werkman
PUBLIEK BELEID	
Gezondheidsraad	Mevr. M. van den Berg
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	Mw. M. Huijben
Sociaal en Cultureel Planbureau	Dhr. Sjoerd Kooiker
ZonMw	Dw. Thirza Ras
FONDSEN EN STICHTINGEN	
Astma Fonds	Mevr. A. de Bruijn, projectmedewerker bewegen
Diabetes Fonds	Mw. Monique Schrijver, projectleider preventie
Nederlandse Hartstichting	Mevr. K. Eizema, teamleider wetenschappelijk onderzoek
Nederlandse Hartstichting	mw.ir. Ineke van Dis (i.van.dis@harstichting.nl), stafmedewerker Team Wetenschap
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie	Mevr. B. Horst
Reuma Patiëntenvereniging	Mevr. M. Krijgsman
TNO	
TNO KvL B&G	Dhr. N. van Meeteren
TNO KvL directeur Kennis	Dhr. D. Zijdeveld
TNO KvL P&Z	Dhr. M. Holewijn
TNO KvL programma gedragsonderzoek	Dhr. T. Paulussen
TNO KvL programma voeding	Mevr. A. Stafleu
TNO KvL VP manager B&G	Mevr. M. Hopman-Rock
TNO KvL VP manager Gezonde Voeding	Dhr. J.M. te Koppele ism dhr. H. Hendriks
TNO KvL VP manager Jeugd	Mevr. S.E. Buitendijk
VERZEKERAARS	
Achmea Zorg	Dhr. J. van Breda Vriesman
Achmea Zorg	Mevr. M. Schultz van Haegen, directeur zorginkoop Achmea
College voor zorgverzekeringen	Dhr. P.C. Hermans, directeur
CZ	Dhr. M. Leers
Menzis	Dhr. R. van Boxtel
UVIT	Dhr. M. Bontje
DEPARTEMENTEN	
Convenant overgewicht	Mevr. Diewuکه van den Brink
VWS ambassadeur Bewegen en gezondheid	Dhr. E. Engelsman
VWS curatieve zorg	Dhr. M.J. Boereboom
VWS jeugd en gezin	Mevr. M. Eenshuistra
VWS langdurige zorg	Mw. I. van Bennekom
VWS maatschappelijke ondersteuning	Dhr. C van der Burg
VWS meva	Dhr. C. Vos
VWS PG	Dhr. E. Koster

VWS PG	Mevr. L. Kuijpers
VWS PG	Mw. Y. de Nas
VWS VGP	Mevr. C. Cuijpers
VWS VGP	Mevr. R. Metaal
ZORG	
Actiz	Dhr. A. Koster, directeur, r.van.lier@actiz.nl
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie - KNGF	Dhr. P. van der Wees
KVLO	Mevr. B. Zandstra
Movisie	Mevr. M. Steenbergen, RvB
Paramedisch Instituut	Mevr. H.W.A. Wams, directeur
Stichting Consument en Veiligheid	Dhr. W.H.J. Rogmans, directeur
Vilans	Mw. Alice Schippers, clustermanager Cliënt en ondersteuning

2 Kennisarena Bewegen en Eten 29 mei 2008

2.1 Uitnodiging

Op 25 april 2008 is naar alle genodigden (zie paragraaf 2.3) een brief gestuurd (zie bijlage A) door ir. J.I.M. de Goeij, Directeur-Generaal Volksgezondheid van het Ministerie van VWS, waarin een ieder uitgenodigd werd voor het bijwonen van de Kennisarena Bewegen en Eten. De discussiemiddag vond plaats in de Apollozaal van het ministerie van VWS.

2.2 Programma 29 mei 2008

13.00 uur	Opening Dhr. H. de Goeij (zie bijlage B eerste twee dia's) en introductie dagvoorzitter Mw. C. Ross (NISB)
13.15 uur	Onderzoek Gezond Leven, Mw. J. Boer (RIVM) (zie bijlage B overige dia's)
13.20 uur	Bewegen & Gezondheid, Mw. M. Hopman-Rock (TNO) (zie bijlage C)
13.45 uur	Jeugd & Gezondheid, Mw. S. Buitendijk (TNO) (zie bijlage D)
14.10 uur	Gedragsonderzoek, Dhr. T. Paulussen (TNO) (zie bijlage E)
14.35 uur	PAUZE
14.55 uur	Voeding, Mw. A. Stafleu (TNO) (zie bijlage F)
15.20 uur	Zorg/veroudering, Dhr. N. van Meeteren (TNO) (zie bijlage G)
15.45 uur	Reactie zaal, discussie
16.25 uur	Afronding
16.30 uur	Informele Borrel

2.3 Verslag

Op 29 mei 2008 organiseerde TNO in samenwerking met het ministerie van VWS een kennisarena op het gebied van bewegen en eten.

Aanleiding was de recente preventie-visie, waarin de minister van VWS onder meer vijf speerpunten benoemde voor extra preventieve acties die tot meer gezondheid leiden. Een aantal van deze speerpunten, zoals overgewicht, diabetes en depressie kunnen gunstig beïnvloed worden door een actieve leefstijl met veel lichaamsbeweging en een gezond eetgedrag. Doel van deze kennisarena was erachter te komen welke kennisvragen er leven bij organisaties op het gebied van bewegen en eten om beter aansluiting te vinden op de maatschappelijke vraag. Als startpunt zijn we daarbij uitgegaan van het meerjaren kennisprogramma 'Bewegen en Gezondheid' dat TNO momenteel uitvoert. De vraag is welke samenwerkingsverbanden TNO kan realiseren met andere organisaties om een extra bijdrage te leveren aan het probleem van overgewicht, diabetes en depressie.

Cees Vos opende namens DG Hans de Goeij de bijeenkomst. Clemence Ross trad op als dagvoorzitter. Zij gaf nogmaals aan dat het de bedoeling was de kennisvragen die er maatschappelijk leven, helder te krijgen. TNO had vervolgens de taak dit in haar vraaggestuurde programmering op te nemen en er samen met partners aan te werken.

Tijdens de kennisarena gaf TNO vijf verschillende presentaties met ieder een ander onderzoeksgebied, te weten: Bewegen & Gezondheid, Jeugd & Gezondheid, Gedragsonderzoek, Voeding en Zorg/veroudering.

In de eerste presentatie gaf TNO over het programma Bewegen en Gezondheid een inleidende toelichting op de werkwijze en de diverse programma's. TNO krijgt investeringsmiddelen van het ministerie van OCW die in overleg met regievoerende departementen (in dit geval VWS) worden ingezet voor kennisontwikkeling waarmee de vragen van publieke en private klanten kunnen worden beantwoord. Door gezamenlijke investeringen met partners kunnen de vragen uit de verschillende sectoren beter worden bediend. De sectoren waarvoor TNO werkt zijn bijvoorbeeld gemeenten, zorgverzekeraars, koepelorganisaties, maar ook diverse ministeries.

In de tweede presentatie van Jeugd & Gezondheid werd het onderwerp overgewicht bij kinderen en borstvoeding verder toegelicht. Overgewicht vormt een ernstig Public Health probleem bij kinderen en het verhoogt de kans op chronische ziekten op volwassen leeftijd. Borstvoeding daarentegen verhoogt de gezondheid.

In de derde presentatie over gedragsonderzoek, werd een uiteenzetting gedaan van gedragsgerichte gezondheidsbevordering. Enerzijds wordt gezondheid beïnvloed door erfelijke factoren, anderzijds door fysieke omgevingsfactoren.

De vierde presentatie betrof het onderwerp Voeding. Hierbij werd een toelichting gegeven over het KOALA onderzoek (Kind, Ouder en gezondheid, Aandacht voor leefwijzen en Aanleg). Dit is een onderzoek naar leefstijl en gewicht, waarbij men meer inzicht krijgt in de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht op jonge leeftijd.

Het onderwerp Zorg en veroudering werd toegelicht in de laatste presentatie. Bewegen werd hier met name als medicijn gezien voor een gezonder leven.

Na elke presentatie konden de deelnemers hun specifieke kennisbehoeften ten aanzien van het betreffende onderzoeksgebied kenbaar maken middels briefjes. Ook werd hun gevraagd aan te geven welke onderzoekspartij zij het geschiktst achten voor het beantwoorden van hun kennisvraag. Aan de hand van de ingevulde briefjes ontstond er per onderzoeksgebied een discussie.

In de discussie is een deel van de onderzoeksvragen en suggesties naar voren gekomen. Aandacht werd gevraagd voor actiegericht onderzoek en (meer) samenwerking, ook op het gebied van de verdere onderzoeksprogrammering. Er werd gepleit voor zowel meer onderzoek en actie voor een stimulerende sociale en fysieke omgeving als voor specifiek effectonderzoek onder diverse (patiënten)groepen.

De ingeleverde briefjes bevatten een scala aan vragen en suggesties, zowel over onderzoeksbehoefte als over strategie en samenwerking bij het oplossen van de (gezondheids)problematiek. De settings school, thuiszorg, jeugdzorg GGD, wijk en werk werden met name genoemd voor verdere actie. Er waren geen suggesties tot meer concurrentie. De inhoudelijke vragen en suggesties varieerden van meetmethodieken tot vragen omtrent opvoeding en oplossingsstrategieën. Gevraagd werd naar kennis over de invloed van sociale en fysieke omgeving, voorbeeldwerking, verleiden in plaats van overtuigen, prijsmaatregelen en beschikbaarheid

Na afloop van de discussies constateerde Clemence Ross dat er vooral gezamenlijk moet worden geïnvesteerd in Bewegen en Eten.

Michael Holewijn (unitmanager TNO Leiden) nodigt geïnteresseerde partners uit om de volgende twee praktijkcases nader uit te werken:

- Case 1: Overgewicht en Jeugd (met name 0-12)
- Case 2: Bewegen in de zorgsetting

Het Mulierinstituut, NIGZ, NISB en de Hartstichting willen graag samenwerken met TNO en nemen deel aan de case 'overgewicht en jeugd'. NISB en NPI hebben zich aangemeld voor de case 'Bewegen in de zorgsetting'. Deze praktijkcases vinden plaats op 30 september bij TNO in Leiden. Meer informatie is op te vragen bij Marijke Hopman-Rock (TNO), tel: 071-5181709, email: marijke.hopman@tno.nl.

2.4 Analyse van de briefjes

De briefjes werden in vijf ronden uitgedeeld na elke presentatie van TNO: Bewegen & Gezondheid, Jeugd & Gezondheid, Gedragsonderzoek, Voeding en Zorg/Veroudering. Daarop konden de deelnemers hun specifieke kennisbehoeften ten aanzien van het betreffende onderzoeksgebied kenbaar maken middels briefjes.

De deelnemers blijken vooral vragen en opmerkingen te hebben over onderzoek en gezondheidsaanpak zelf. Zij gingen minder in op de vraag wat TNO bij voorkeur zou moeten onderzoeken en welk onderzoek bij andere instanties zou moeten worden 'belegd'. Wel benadrukten zij samenwerking, zowel tussen onderzoeksinstanties onderling als tussen onderzoeksinstanties en implementatie-organisaties.

Inhoudelijke vragen:

1. Hoe wordt omgegaan met groeicurven? Als de trend verschuift naar dikker, wordt dan ook de norm gewoon wat dikker?
2. Opmerking: jammer dat er nu pas werk gemaakt wordt van een valide (objectief) instrument om bewegen te meten!
3. Is het echt zo dat Nederlandse ouderen minder bewegen dan ouderen in andere EU-landen? En zo ja, hoe komt dat?
4. Hoe zit het met de motivatie van kinderen (gezond bewegen en eten)? Wat is de invloed van sociale en fysieke veiligheid daarop?
5. Is bewegen op jeugdige leeftijd voorspellend voor bewegen op volwassen leeftijd?
6. Is er een kwantitatief verklaringsmodel mogelijk? Bijvoorbeeld een soort Markov-analyse, hoe stapsgewijs (met het verstrijken van de tijd) kinderen en volwassenen dikker worden? Wat bepaalt of er inactiviteit en/of ernstig overgewicht ontstaat?
7. Hoe zijn de effecten van gezond eten en bewegen (en de interventies daartoe) bij diverse patiëntengroepen (hart-en vaatziekten, diabetes, nierziekten) en lage SES.
8. Hoe zit het met de energiebalans? Vooral bij kinderen en ouderen? Hoe toe te passen in de praktijk?
9. Hoe zit het met (kwalitatieve) ondervoeding en bewegen, onder anderen bij ouderen?
10. Wat is de invloed van 'gewoonten'?
11. Is borstvoeding echt zo belangrijk voor een goed gewicht en latere gezondheid? Hoe belangrijk ten opzichte van sociale omgeving en fysieke omgeving? Gaat het om een periode van uitsluitend borstvoeding?

12. Wat zijn de redenen om te stoppen met borstvoeding? Hoe kunnen we de werkgerelateerde barrières (borstvoeding) oplossen. Hoe bedrijven te motiveren mee te werken?
13. Wat is de invloed van voeding op sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen?
14. Wat is de relatie tussen opvoedstijlen en (on)gezond gedrag (bewegen en eten)? Wat is de relatie tussen kennis en daadwerkelijk gedrag? Hoe kan (gezond) gedrag behouden worden?
15. Wat is de rol/invloed van 'iconen' als Johan Cruijff en Sonja Bakker?
16. Hoe de allochtone jeugd te benaderen?
17. Welke strategie is effectief: verleiden, prijs beïnvloeden, beschikbaarheid verhogen (bewegen) respectievelijk beperken (tussendoortjes)?

Strategie van volgorde onderzoek en toepassing. Blijvende discussiepunten:

1. Weten we al niet genoeg om nu tot actie over te kunnen gaan? Welke (bewezen effectieve) methodieken liggen op de plank?
2. Wat zijn de werkzame elementen van een methodiek/interventie?
3. Eerst uitzoeken of een interventie effect heeft en dan pas implementeren (vaak geen geld), of snel beginnen met goede monitoring/evaluatie al dan niet na kort actiegericht onderzoek.
4. Is hard bewijs (RCT) echt nodig?
5. Focussen op één setting/themacombinatie of juist mikken op meerdere settings.
6. Hoe zit het met de vraag van de uiteindelijke doelgroep zelf? Wordt daar goed op ingespeeld bij de onderzoeksprogrammering?
7. Aanpassen bestaande interventies in plaats van het ontwerpen van nieuwe.

Strategie en samenwerking: suggesties en vragen:

1. Meer samenwerking en afstemmingsoverleg over onderzoeksprogrammering TNO-ZonMw-RIVM.
2. Meer samenwerking binnen TNO-als geheel (~Bouw en ondergrond) nodig; ook met Ruimtelijke Ordening en 'bouwuniversiteiten'.
3. Voor feitelijk onderzoekswerk: samenwerking met RIVM (Centrum Gezond Leven en Volkgezondheids Toekomst Verkenning).
4. Bundel zo veel mogelijk monitoringonderzoek: meer leefstijlfactoren en risicofactoren van (welvaarts)ziekten tegelijk. Zorg voor samenwerking, continuering en mogelijk uitbreiding van longitudinale onderzoeken. Kansen voor Europese samenwerking longitudinaal (cohort)onderzoek: afstemmen wat gemeten wordt en hoe?
5. Denk ook aan samenwerking met partijen als het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) en het Mulier Instituut (sportonderzoek).
6. Meer intersectorale samenwerking nodig bij gezondheidsbevorderende interventies.
7. Meer afstemming/samenwerking tussen landelijk en lokaal.
8. Hoe krijgen we op niveau GGD'en (gemeenten) een goede koppeling tussen epidemiologie (monitoring) en daadwerkelijke actie in de vorm van gezondheidsbevordering via onder meer de jeugdzorg?
9. Hoe de private sector motiveren om verantwoordelijkheid te nemen? Gezondheidsbevordering als 'unique selling point' voor bedrijven?
10. Hoe de thuiszorg en de Verpleging & verzorgen sector betrekken bij gezond beweeggedrag van hun cliënten? Hoe de know how te verbeteren?

2.5 Uitkomst van de briefjes

Oranje briefjes n.a.v. presentatie vraaggestuurd programma Bewegen en Gezondheid

Op welke wijze kan TNO inspelen op de informatiebehoefte over gezondheid, sport & bewegen op buurt/wijkniveau in achterstandswijken (specifiek WWI-krachtwijken).

Kan er een link worden gelegd met onderzoek van TNO Bouw & Ondergrond (afd. Leefomgeving en gezondheid) over leefomgevingskwaliteit en effecten op bewoners (woonsatisfactie, welbevinden, gedrag & gezondheid)
VWS-PG

Wat zijn gezamenlijke determinanten van beweeg- en voedingsgedrag, waarop je interventie zou kunnen richten.

TNO + RIVM (goed afstemmen)
CGL

- Is TNO voldoende op de hoogte van programmering van ZonMw.
- Tussen ZonMw en TNO in → afstemming
ZonMw

Als we meer weten over HOE de interventies goede bodem vinden zou meer zicht moeten geven op de vraag hoe de wetenschappelijke inzichten aansluiten. Rekening houden met de vraag van professionals. Hoe sluit je daarbij aan bij daar bestaande praktijken? Waarom zijn professionals de vragers en niet de gebruikers / afnemers van de interventies, dat zou echt vraaggericht zijn.
Hoe maakt u de brug met lokale kennis?

Effectiviteit van leefstijlinterventies bij personen met verhoogd risico op welvaartsziekten zoals HVZ, diabetes & nierziekte, in bijzonder lage SES → RIVM / TNO / NIGZ

Ik mis in beleid TNO de relatie met gezond eten en overgewicht.
NHS

Voedingscentrum

Balans – energie.

Hoe uit te zetten in praktijk. M.n. bij kinderen en ouderen.

Energieverbruik

Waar? – universiteiten??

Is investeren in implementatie (gebruik zoals bedoeld) niet méér lonend?

- In de zorg (at large)

TNO

- veel meer kennis nodig over invloed fysieke omgeving (hoe precies?!) op bewegen (nu doet TNO veel te weinig)
- TNO, Delft; en deze RO- en bouwuniversiteiten.

1. Welke programma's zijn effectief (evidence-based)?

2. kenniscentrum (RIVM)
GGD Hart v. Brabant

1. Valideren van meetmethoden beweging
2. TNO i.s.m. RIVM (CBS)

Hoe kan de private sector worden gemotiveerd om verantwoordelijkheid / actie te nemen?
TNO

Meer inzicht in de rol van de omgeving bij het stimuleren van bewegen.
Diabetesfonds

(Meer) aandacht voor programma's bewegen en voeding bij lage SES groepen, i.h.b. allochtonen.
Mede bij het Ned. Paramedisch Instituut.

Interactie voeding en beweging.
TNO

Effectiviteit van interventies
TNO/RIVM
TNO

1. Invloed van gewoonten.
2. Bij TNO
(Ik ben van TNO)

Geen vraag.
Inleiding was uitsluitend een structuurverhaal
NIGZ

Het Mulierinstituut is momenteel bezig met een onderzoek naar de invloed van de schoolomgeving op het beweeggedrag van kinderen.

Thema rol van de fysieke omgeving meer centraal stellen.
→ Hoe kunnen we de fysieke leefomgeving zo inrichten dat dit mensen aanzet tot bewegen?
→ Welke beleidssectoren en andere organisaties hierbij betrekken?

Omgeving → bewegen / overgewicht.
Effectiviteit v. interventies.
Monitoren gedrag
Kosteneffectiviteit interventies
TNO + RIVM
RIVM

Stelling
Er is meer behoefte aan actie onderzoek.
Hoe moeten we gezond gedrag bevorderen dan aan Wat-vragen.
Kan een Kennisinstelling dat wel?

VWS

Blauwe briefjes nav presentatie over Borstvoeding en groeistudie

1. Hard bewijs borstvoeding ↔ gezondheid?
2. Alternatieve strategie bepalen
3. TNO? ? Universitaire groepen?

VWS

Jeugd overgewicht → Hoe al vóór school de verschillende doelgroepen te bereiken?
Borstvoeding → moeten we een norm (%) opleggen?

NIGZ

In de praktijk zie je dat de samenhang tussen epidemiologie → monitoring, gezondheidsbevordering en jeugdgezondheidszorg kan ontbreken. Wat moet er gebeuren om dit te bevorderen? Hoe kom je tot meer synergie en samenhang achter de poorten van de GGD?

VWS

Bedrijven proberen te interesseren om zich als aantrekkelijke werkgever te profileren voor (a.s.) jonge moeders.

TNO

Minder stress, meer borstvoeding?

- Werk barrière? Welke zijn er in werkelijkheid? Hoe op te lossen?
- TNO Arbeid (arbeidsomstandigheden)

Waarom zo veel aandacht voor borstvoeding.

Is dit echt één van de belangrijkste interventies voor gezond leven?

VWS

Kunnen de recente gemeten overgewicht en obesitas cijfers bij kinderen opgenomen worden in de VTV 2010 (RIVM)?

(Resultaten / kennis delen)

Belangrijk om groei en overgewicht te monitoren.

Neem dan ook mee leefstijl- en risicofactoren voor welvaartsziekten.

Je zet al hele infrastructuur op.

NHS

- Effect & % moeders dat niet exclusief borstvoedt.
- Redenen waarom ze niet doorgaan met voeden
- Hoe vertaalt overgewicht probleem zich in groeicurves
- Determinanten overgewicht meenemen in groeistudie (verklaren verschillen tussen groepen)

Programma zorg voor jeugd en preventie

Hoe stemmen we af in onze prioriteiten

Is eigenlijk de kern vd vraag over relatie TNO-ZonMw

Nieuwe groeicurves gecombineerd met opkomend probleem overgewicht → kinderen die nu 'te dik' zijn, zijn dan ineens 'gemiddeld'. Hoe ga je hier je voorlichtingsboodschappen op aanpassen.

In hoeverre is het belangrijk om 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven voor de gezondheidseffecten?

Hoe komt het dat kinderen al zo jong overgewicht krijgen?

- rol sociale omgeving?
- Rol fysieke omgeving?
- Rol borstvoeding??

Groene blaadjes n.a.v. presentatie over gezondheidsbevordering

Invloed voeding op sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen.
TNO

Opvoedstijlen en ontstaan van ongezond en gezond gedrag.

Onderzoek naar behoud van gezond gedrag.

Onderzoek naar verschil tussen kennis en daadwerkelijk gedrag.

NHS

Hoe dan wel richting gedragsverandering

- kennis is wel begin
- of juist bewustwording als start!?
- individueel is bevolking

→ welke instanties heb je dan nodig

→ welke setting

Voedingscentrum

Vragen die verder af staan van directe gezondheidswinst (gedragsverandering)

Methodologie voor onderzoek en aanpak.

TNO wil onderzoeken

(Monitor en evaluatie) het veld

Wil implementeren van bestaande interventies centraal stellen.

Hoe helpt dit onderzoek de wens van het veld?

NISB

Waarom wel intersectorale samenwerking bij soc.-emotionele interventies en niet bij gezondheidsbevorderende interventies? Parallelie van belangen bij gezondheid!
Focus!

Benadering van de allochtone jeugd?

I.s.m. Npi –

De resultaten van reeds gedane onderzoeken → is dit voldoende om programma's op te starten?

De rol van iconen (goede voorbeelden) en

- Johan Cruyff
- Sonja Bakker

Wordt dat onderzocht?

Er werden 4 beleidsinstrumenten genoemd. Kan een 5^e instrument niet zijn om bedrijven te interesseren om gezondheidsbevordering tot hun USP te maken?

Welke interventies mbt overgewicht heeft TNO effectief bevonden, maar worden niet geïmplementeerd?

- Verleiden of meer dwingen?
- prijsbeleid
- gezonde keuze enige keuze?
- beschikkend beperken van tabak, alcohol, eten etc.

Aangrijpen bij kinderen: plezier en gevoel van bevrediging. Op het terrein van fysieke omgeving: aandacht voor veiligheid en vervoer.

VWS

Hoe beklijft een interventie?

Lange termijn effectiviteit.

TNO

Veel initiatieven zowel lokaal als landelijk op terrein gedragsverandering meer afstemming / samenhang

1. Kwantitatief

Verklaring mode & bewegen / eten → overgewicht

2. TNO – RIVM

VWS

Wat moet er nu precies gebeuren op het gebied van gezond gedrag bij wie en hoe? Zijn we met het hele beschikbare scala aan gezondheidsbevorderende maatregelen niet meer geholpen met gedegen evaluatieonderzoek dan met het zonder meer implementeren van interventies?

En tegelijkertijd: hoe implementeer je succesvol?

Hoe maak je gezond gedrag verleidelijk?

Wat zijn werkzame elementen van een interventie (daar is in het lokale veld behoefte aan)

Participatie TNO in werkplaats CGL gezonde school

Meer afstemmen werkzaamheden met anderen bv. validatie en ontwikkeling instrumenten om bewegen & eten te meten.

Meer aandacht voor aanpassen bestaande interventies en niet nieuwe ontwikkelen?

Help!

Wat Waarom? TNO?

Hoezo Vraagsturing

VWS

Voorstel van een pilot met verschillende partners:

→

Monitoring ↔ gedrag ↔ interventie ↔ implementatie

determinanten ontwikkeling
analyse

RIVM TNO NISB Voedingscentrum / NIGZ

Onderwerp: overgewicht / psychosoc. Problemen

Doelgroep: jeugd 0-12 jr

Setting: school

Roze blaadjes n.a.v. presentatie over KOALA (bewegen en eten cohortstudie bij jeugd)

Kennis = lui

&

Sleets

Verbind kennisproducerende instituten met kennisverspreidingsinstituten (Ook TNO)

Ik wil weten of bewegen op jonge leeftijd voorspellend is voor bewegen op volwassen leeftijd
(ik ben van TNO)

- Hoe representatief zijn de uitkomsten uit KOALA voor de situatie in heel NL en
- Wordt aangesloten/samengewerkt met andere studies/cohorten
→ ABCD-studie / PIAMA-studie / Gecho / Generation R

Zijn deze factoren al niet eerder onderzocht:

- voedingswijze + sociale context bij overgewicht?

Zij er al effectieve programma's bekend?

Komt TNO uit met de mogelijkheden die ZonMw voor financiering van onderzoek biedt?

Eerder: na effectonderzoek stopt het

Kun je uit de KOALA-studie verschillen halen tussen gemeenten die actief beleid voeren op preventie v overgewicht en gemeenten die dat niet doen?

→ = bruikbaar voor gemeenten

Je zou nu al moeten investeren in vinden van financiers van longitudinaal onderzoek. Uitbreiding naar landelijk onderzoek. Determinanten van gewichtsstijging in deze groep heel belangrijk.

NHS

1. Graag analyse KOALA richten op 'verklaarde variantie' (top 5) (overgewicht etc) inactiviteit – normactiviteit → Mark... analyse?

2. TNO ism

VWS

Valide instrument voor meten beweeggedrag heel belangrijk!!

Jammer dat validiteit nu pas onderzocht worden; zou je eigenlijk eerst willen doen!

Belangrijk om ook vanuit dit onderzoek meer inzicht te krijgen in invloed van omgeving

Cohortstudies andere landen in Europa: samenwerking internationaal?

- Determinanten vóór 4-5 jaar leeftijd (zo vroeg mogelijk) (RIVM + TNO Samenwerking)
- Samenhang met andere cohorten op deze terreinen; afstemming wat gemeten wordt en hoe.

Implementatie: Door kennis- verspreidingsinstituten vroegtijdig te betrekken bij te verwachten resultaten

Witte briefjes reacties nav presentatie Bewegen in de zorgsetting

Integrale Gezondheidsbevordering voor Jeugd
Levensloop → Jeugd kennis ---Keten zorg

1. Hoe komt het dat Nederlandse ouderen minder bewegen dan ouderen in andere EU-landen? 2. TNO – EUNAAPA (VWS)

Tafeltennistafels bij werkgevers...
Bij VWS?

Buitengewoon boeiende en adequate informatie / kennis waar NISB heel goed verder mee kan in haar implementatie van interventies maar ook het verbeteren ervan. Graag bereid tot verdere samenwerking.

Thuiszorg en V&V sector hebben te weinig Know-how en /of tijd om aandacht aan bewegen te besteden. Vallen deze ouderen dan buiten de te kiezen interventiegroepen?

Eerder aandacht/actie voor implementatie
Kennis(verspreidings)instituten
Paramedisch Instituut

Er is behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar effect van bewegen bij patiënten met hartziekten, beroerte etc. op harde eindmaten zoals voorkomen van nieuwe event. Dat ontbreekt. Dan kun je artsen en specialisten niet overtuigen van nut. En het onderzoek bij CABG patiënten is onvoldoende.
NHS

Implementatie ja.
Wie heb je nodig om te implementeren? En combi met Voeding?

3 Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten 30 september 2008

3.1 Deelnemers ochtendprogramma

Vanuit TNO:	
Marijke Hopman-Rock (VP Manager Bewegen & Gezondheid)	
Simone Buitendijk (VP Manager Jeugd en Gezondheid)	
Henk Hendriks (VP Manager Gezonde Voeding)	
Paul Kocken	
Ingrid Bakker	
Theo Paulussen (Sectorhoofd Gezondheidsbevordering)	
Extern:	
Vereniging voor Dietisten	Wineke Remijnse
Voedingscentrum	Andrea Werkman
Mulier instituut	Mirjam Stuij
NISB	Robert Gelinck
Ministerie van VWS	Maarten Koornneef
GGD Nederland	Ingeborg ter Laak
ZonMw	Jeanet Bruil
Consument & Veiligheid	Farida Krikke
Nederlands Paramedisch Instituut	Dorien van Ravensberg

3.2 Ochtendprogramma

Het Vitale Kind van de toekomst 9.00- 12.15 uur

Aftrap door Marijke Hopman-Rock (manager programma Bewegen en Gezondheid)

Sprekers (ieder 15 minuten):

Paul Kocken: Het Automatenproject (gezonde voeding op scholen)

Ingrid Bakker: Innovatieve beweegstimulering in de wijk

Workshop met aanwezigen

Moderator: Theo Paulussen

Opzetten praktijkcase naar analogie van EPODE project (Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants), zie website www.epode.fr en

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20041029_co07_en.pdf

Mogelijke plaats is Zwolle (dit staat ter discussie). Vragen die aan de orde komen:

- Hoe kunnen we met elkaar een proeftuin maken voor innovaties op gebied van bewegen en eten voor kinderen.
- Welke settings (wijk, school, zorg: allemaal of keuzes maken?)
- Wat kunnen we doen met aanpassen van de fysieke en sociale omgeving op meer bewegen en gezonder eten?

Ieders inbreng is zeer gewenst, we kunnen dan om 12.00 uur afsluiten met het vastleggen van verdere afspraken om een gezamenlijk werkplan op te stellen.

Korte gezonde wandeling

Lange gezonde lunch in de buurt (locatie in de Leidse Hout) 12.15-13.15

Korte gezonde wandeling

3.3 **Verslag ochtendprogramma**

Aanwezig:

Dorien van Ravensberg, Farida Krikke, Maarten Koornneef, Wineke Remijnse, Ingeborg ter Laak, Andrea Werkman, Mirjam Stuij, Simone Buitendijk, Robert Gelinck, Jeanet Bruil, Ingrid Bakker, Paul Kocken, Theo Paulussen, Marijke Hopman-Rock, Henk Hendriks.

Samenvatting:

Aftrap van Theo Paulussen (zie Bijlage H)

Programma van Theo:

09.15-10.00: Presentatie voorbeeld-projecten

- Het automatenproject (voeding op scholen) - Paul Kocken
- Innovatieve beweegstimulering in de wijk – Ingrid Bakker

10.00-11.00: Werken in 2 subgroepen

11.00-12.15: Terugkoppeling en discussie

Automatisch Gezonder (Paul Kocken) (Zie bijlage I)

Het school snack- en frisdrankautomaten project

Voedingspatroon op scholen veranderen. Begonnen met lessen op scholen. (Iespakket ontwikkeld door Voedingscentrum). Op assortiment stickers geplakt. Gezonde producten: prijs verlaagd met 10%. Poster bij automaten gehangen. Experimente scholen en controle scholen. Duidelijk verschil bij voeding, al vanaf eerste fase. Tweede en derde stap hadden niet veel extra invloed (niet significant) 3 x 6 weken. Voor frisdrank niet veel verschil met eten. Fase 3 is significant verschil, fase 1 en 2 niet. CATERAARS/AUTOMATENFIRMA'S lastig om mee te krijgen. Aanbod gezonde voeding en drank vanuit industrie is minimaal. Scholieren vinden gezonde voeding belangrijk, maar vooral voor anderen. Schoolleiders zijn gemotiveerd, aantal scholen hadden alles uitbesteed. Project liep daar minder lekker. Meer afhankelijk van particuliere partijen.

3 maatregelen ingevoerd. Is maar in 3 scholen helemaal goed gegaan.

Scholieren willen wel voor lagere caloriehoudende producten kiezen, maar het moet wel aangeboden worden.

Symposium georganiseerd met convenant overgewicht. Actiepunten georganiseerd per doelgroep.

Scholen voelen druk iets aan te bieden aan kinderen. Mars zet eigen automaten neer, aanbod van Mars. Je bent dus afhankelijk van industrie. Mars is wel bezig met lagere calorierijke producten. Wel kleinere producten, 1 reep ipv 2 in één verpakking. Als nationale instituten kan je naar Mars stappen en dit met hen overleggen. Scholen hebben meer problemen. Maarten Koornneef: vraag over omzet. Totale volume verandert niet. Wel probleem: automatenfirma: omdat er weinig aantrekkelijke producten zijn: merken zijn aan inkomsten. Fruitdrankjes veel duurder in markt gezet dan cola. Simone Buitendijk: zijn er ervaringen in het buitenland. Wel in Amerika. Niets gevonden ergens anders. Wel iets in Nieuw Zeeland. Men is er wel mee bezig. Kantine aanbod in Engeland is veel belangrijker. In vele landen wordt ook op scholen gegeten. Verbieden is niet direct de oplossing. Kinderen gaan dan toch naar benzinstation of supermarkt in de buurt.

www.automatischgezond.nl

In implementatie zijn nog wel wat hobbels te nemen. Aanbod veranderen levert opstakels. Betrokkenheid van bijv. GGD is belangrijk. Schoolleiding moet zich ook opwerpen als voorstander.

Jeanet Bruil: er moet wel afstemming komen tussen kantine en automaat. Dus niet iets uit automaat halen, wat vervolgens wel in kantine te krijgen is.

Robert Gelinck: zijn fases bewust in deze volgorde gezet? Er is niet geëxperimenteerd met volgorde fases.

Innovatieve beweegstimulering in de wijk (Ingrid Bakker) (zie Bijlage J)

Gezonde bewegingsomgeving.

Determinanten van bewegen in relatie tot overgewicht. Individuele determinanten, sociale, gebouwde omgeving, natuurlijke omgevingsdeterminanten.

Breed aanpakken: EPODE aanpak. Eén van gemeenten al aangesloten is Zwolle. EPODE aanpak: gezin is doelgroep. Kind aanpakken, ook de ouders. Setting is de wijk. Lokale netwerk. Gemeente is trekkende partij. Lokale partijen zijn aangesloten.

We denken aan een praktijk proef. Uitproberen in lokale setting. Bijvoorbeeld aansluiten bij Zwolle. Ingrid start als associate Lector in Zwolle.

Kinderen moeten weten hoeveel ze moeten gaan bewegen. NNGB (2 x 30 min). Voorlichtingsmateriaal: schijf van vijf. Evt. combinatie bewegen en voeding.

Screeningslijst voor consultatiebureau's, JGZ, schoolarts, gymleraar etc.

Maar 3% haalt de norm van 60 min. Matig intensief bewegen. Op 2 manieren gemeten: dagboekje, versnellingsmeter. Uit beide meetmethoden bleek dit.

Gaan deze meting (2004/2005) dit jaar herhalen. 5 van de 10 wijken hebben geïnvesteerd in opknappen van de wijk. Plannen duren zo'n 20 jaar. Maar om alvast een beeld te krijgen voor effect, gaan we dit jaar meting herhalen. Er zijn niet meer speelplekken bij gekomen, maar kwaliteit van speelplekken is verbeterd. Hoe ziet de ideale speelplek er uit. Welke speelplekken dragen bij aan energieverbruik omhoog, motorische vaardigheden, integratie, beweegplezier, etc.

Actief transport door de wijk moeten we iets mee. Kinderen moeten de fiets kunnen pakken, of gewoon veilig kunnen lopen.

Combinatie van vragenlijst en versnellingsmeting: om samenhang te meten. Individuele motivatie: als mensen zelf vinden dat ze voldoende bewegen, betrekken ze toch niet op

zich zelf, omdat ze zelf denken dat ze het goed doen. Er is momenteel een behoorlijke overschatting van het eigen beweeggedrag. Maarten Koornneef: RIVM in traject om Europese vragenlijst te testen. Doet dat nu ook voor de SQUASH en Obin. Dit is de eerste effectstudie. Openstellen schoolpleinen kan al beweeggedrag beïnvloeden. Maarten Koornneef: hoe kan het dat hele grote groep niet de norm haalt, terwijl anderen het wel (bijna) halen. Met focusgroep interviews: het is leuker om TV te kijken. Er zijn weinig kinderen buiten, dus gaan wij ook niet buitenspelen. Wijken nodigen niet uit. Paul Kocken: houding van ouders speelt mee. Etniciteit speelt rol, leeftijd speelt mee. Zijn aanknopingspunten voor interventies. Lage SES-wijken. Allochtoon/autochtoon maakt niet uit.

Samenvatting en discussie in groepen

VWS heeft aangegeven geïnteresseerd te zijn in verdere uitwerking van dit traject. Hiervoor is een subsidieaanvraag gedaan. Reiskosten van deelnemers kunnen vergoed worden (alleen als het een probleem is).

Groep 1

1 prioritaire doelgroepen en settings.

Lage SES

Hoe te bereiken: lage SES wijken (kinderen in volle breedte), via consultatiebureau's (jonge leeftijd, via moeder met rol in voedingsgedrag), via VMBO scholen.

Ouders die te dik zijn benaderen, om ze via consultatiebureau te benaderen.

Op ketenbenadering inspelen. Hoe kun je ze signaleren, en waar kunnen ze terecht als ze te dik zijn, te weinig bewegen, ongezonde voeding. Vanuit JGZ doorverwijzen naar div. zoals ziekenhuizen. Primaire en sec. hele gezin benaderen, daar waar het ter sprake komt. Gezonder gedrag bij kinderen stimuleren, niet ouders en broers en zussen vergeten aan te pakken.

2. Hiaten

Niet zoveel richten op wat niet, maar positieve benadering hanteren. Heel veel mensen doen het wel goed, is voorbeeldgedrag. Bewegen is leuk, gezonde voeding is lekker. Hoe benader je ouders, staan ze er voor open? Actief transport: ook mogelijkheden. Wat is er voor nodig, hoe krijgen we kinderen op de fiets, wat is er voor nodig, fietsenrekken op scholen, gedrag via de ouders beïnvloeden.

Norm.

Helderheid over norm voor kinderen, maar ook norm voor kinderen met overgewicht. meer inzicht in gezonde voedingsmiddelen zouden in een automaat kunnen. Hoe zorg je er voor dat kinderen die voedingsmiddelen die producten ook gaan kopen. Marketing nodig. Het wordt maar heel normaal bevonden dat je iedere pauze tussendoortjes koopt. Het hebben van geld is een belangrijk issue.

3. Welke activiteiten kan je inzetten.

Verknopen van diverse activiteiten, en verknopen van voeding en beweeggedrag. Onderzoeken of het in real life ook werkt. Moet ook goed blijven gaan zonder onderzoek. Onderzoek op hoofdlijnen. Verknoopte activiteiten.

4. Welke bijdrage verschillende partijen kunnen leveren + voorwaarden

SCV: richten zich op veilig naar school en veilig bewegen. Zitten m.n. op productniveau (fietshelmen, voorkomen blessures en ongelukken). Mogelijkheden voor inzet eigenmiddelen moet nagevraagd worden.

NISB: heeft aantal thema's dat hier bij ingezet kan worden. Ouderparticipatie. Overgewicht: ketenaanpak en verbinden met wijk. Fysieke omgeving als speerpunt. Inrichting van stadswijken en playgrounds, staatsbosbeheer. We kunnen zeker kijken hoe we hier samen kunnen optrekken. Zitten ook in Zwolle

NVvD: Heel veel kennis en knowhow voeding. Alle sectoren zijn vertegenwoordigd. Vrijgevestigde diëtisten (MKB). Vanuit vereniging geen geld. Mogelijk geld vanuit zorgverzekeraars. En op welk gebied dan? Thuiszorg diëtisten. Kan op de verschillende vlakken. Consultatiebureau's, scholen, basis, middelbare school. Net gestart met "schooldiëtist".

Voedingscentrum: evt interventie voeding in combinatie met bewegen. Vooral inhoudelijk en advisering. Interesse voedings- en beweegschijf kan over nagedacht worden, hoe aan te pakken. Weinig inzicht in financiële middelen.

VP gezonde voeding: fysiologische aspecten. Hoe werkt het met motivatie om gezond gedrag te krijgen. Voornamelijk productkant. Doorgaan met KOALA project. Wel mogelijk interesse in Zwolle-project.

Groep 2

GGD kader: zetten in op gezonde school. RIVM. Belangrijke ingang richting kinderen. Schoolse setting. Gaat ook over betrokkenheid ouders.

ZonMw: wat werkt goed. Wil graag initiatieven die geëvalueerd zijn landelijk opschalen en verwijst naar lokale situatie, gemeente belangrijke rol

VWS: Nationaal Actie Plan Sport en Bewegen. 38 miljoen uitzetten richting gemeenten. Gemeenten investeren. NISB faciliteert ook hierin. Hier kunnen we mogelijk iets mee. Gemeentelijk niveau gezonde school

NPi. Ingang zorg. Allochtone kinderen, lage SES.

Pim Mulier; werkt vraaggericht, evalueert interventies op gebied van sport en bewegen.

Lokaal gericht: gemeente ingang. Gebouwde omgeving factor, school in gemeente, zorg die in contact komt met bewegingsarme mensen. Gezonde zorg voor jongere kinderen; peuterspeelzalen.

Prioritaire doelgroepen

Allochtonen / Lage SES

Hiaten

Inzage in gedragsdeterminanten (Bijv. allochtonen) + strategieën. Hoe doelgroepen het beste te benaderen.

Gezonde snacks.

Te weinig bundeling activiteiten. Niet ieder voor zich.

Bijdragen:

Voorwaarden: synergie is belangrijk. Goede samenwerking tussen partijen. Niet concurreren. Regie nodig in uitvoering (gemeentelijk niveau). Ook belangrijk niet alleen bezig zijn, maar wat is effectief. Evaluatie. Regieprogramma's, onderzoeksprogramma's (ZonMw). Samenwerking Volksgezondheid (GGD-NL) twee ministeries regie in handen nemen, bijv. gezonde school (pleit).

Financiering: zorgverzekeraars en gemeenten.

Rondje wie wil mee doen met ontwikkeling werkplan. Krijgt beslag in komende maanden.

Welke organisaties willen meedoen, wie is contactpersoon. Dan kunnen we juiste persoon benaderen. Eigen inbreng, maar ook VWS, Zorgverzekeraars en evt. anderen. Bij opgave krijg je verdere informatie, komen verdere bijeenkomsten, uiteindelijk plan met workpackages, zoals bij Europese projecten gebruikelijk is. VWS: ‘krijgen we dit met elkaar voor elkaar?’

- SCV. Zit namens Saskia Kloet, weet nu niet, maar denkt van wel. Graag op de hoogte blijven. Voornamelijk veilig bewegen, actief transport.
- NVD: wil graag meedenken en doen.
- GGD NL: wil graag meedenken en doen.
- Voedingscentrum: wil graag meedenken en doen. Moet wel intern overleggen.
- Mulier Instituut: moet overleggen. Met name effect-evaluatie. Samenwerking met TNO. Sociaal wetenschappelijk onderzoek op gebied van sport en bewegen.
- VP Gezonde Voeding: doet graag mee. Interventies.
- NPi: doet graag mee. Fysio, oefentherapie en dietist, podotherapie, mogelijk andere beroepsgroepen.
- VP Jeugd: vanzelfsprekend betrokken
- NISB: doen graag mee. Moet wel intern terugkoppelen, wat is handig, wie is contactpersoon etc.

Rondvraag

Wat wordt bedoeld met proeftuin? heel NL is één proeftuin? Overal waar bestaande initiatieven zijn, en starten, bundelen.

Idee is praktijkcase, waar je kan laten zien dat dingen echt werken. Daarna uitrollen door NL. Heel NL is versnipperd, en te groot. Misschien wat groter dan alleen Zwolle. Is er ergens anders ook plek: is te overwegen. NPi netwerken met mensen die voorop lopen. Volgende keer gaan we kijken of we Zwolle kiezen. Zwolle is wellicht ook wat terughoudend. Plaats of plaatsen in volgend stadium.

Is er afstemming met convenant overgewicht?

Ja. Waren door VWS hiervoor uitgenodigd, evenals Hartstichting. Mensen krijgen ook bericht van dit overleg. Evenals partnerschap overgewicht.

3.4 Deelnemers middagprogramma

Vanuit TNO:

Marijke Hopman-Rock (VP Manager Bewegen & Gezondheid)
 Henk Hendriks (VP Manager Gezonde Voeding)
 Nico van Meeteren (Sectorhoofd Bewegen & Gezondheid)
 Paul de Vreede
 Sandra Bausch-Goldbohm (teamcoördinator Bewegen & Ouderen)
 Meike Smit (projectleider bij programma Zorginnovatie)
 Gert Jan Wijlhuizen
 Willemieke Kroeze

Extern:

Universiteit Groningen	Mathieu de Greef
Stichting Woerden Actief	Nanne van Bommel
KNGF	Judith Weijman

Vereniging voor Dietisten	Wineke Remijnse
Voedingscentrum	Andrea Werkman
Movisie	Bora Avric
Vilans	Alice Schippers
Consument & Veiligheid	Farida Krikke
NISB	Marian ter Haar
Achmea	Hans Hopmans
NPi	Dorine van Ravensberg
RIVM	Ivon Milder

3.5 Middagprogramma

Beweging in de Zorg van de toekomst/ De kwetsbare oudere 13.30- 17.00 uur

Aftrap door Marijke Hopman-Rock (manager programma Bewegen en Gezondheid)

Sprekers (ieder 15 minuten):

- Sandra Bausch: Wat zijn de plannen van TNO op dit onderwerp? Aandacht voor bewegen en voor ondervoeding.
- Paul de Vreede: innovatieve beweeginterventies voor ouderen.
- Meike Smit: dynamische modellering van zorgketens.
- Mathieu de Greef: COACH en motiverende gesprekstechnieken voor zorgprofessionals.

Workshop met aanwezigen

Moderator: Nico van Meeteren

Opzetten van een praktijkcase

Mogelijke plaats is Woerden (dit staat ter discussie). Vragen die aan de orde komen:

Hoe kunnen we met elkaar een proeftuin maken voor innovaties op gebied van bewegen en eten voor kwetsbare ouderen?

Het idee is nu om de groep die voor operaties naar het ziekenhuis gaat in de praktijkcase op te nemen. Zij krijgen dan perio-operatieve fysiotherapie aangeboden en stromen na de operatie in in innovatieve programma's, aangeboden in de zorg- of wijksetting. Doel van dit alles is om ouderen langer zelfstandig en mobiel te houden. Mogelijke groepen zijn ouderen met COPD, Reumatische aandoeningen en Diabetes. Rekening wordt gehouden met al bestaande initiatieven zoals de Beweegkuur.

Samenwerking tussen beweegprofessionals en voedingsprofessionals: hoe op te zetten?

Bespreken van mogelijke financiering als innovatie-experiment bij fonds van Nederlandse Zorg Autoriteit.

Ieders inbreng is zeer gewenst, we kunnen dan om 16.45 uur afsluiten met het vastleggen van verdere afspraken om een gezamenlijk werkplan op te stellen.

Borrel 17.00-17.30 uur

3.6 Verslag middagprogramma

Aanwezig:

Willemieke Kroeze, Gert Jan Wijlhuizen, Farida Krikke, Wineke Remijnse, Bora Avric, Andrea Werkman, Judith Weijman, Ivon Milder, Hans Hopmans, Nanne van Bommel, Dorine Ravensberg, Alice Schippers, Marian ter Haar, Mathieu de Greef, Meike Smit, Paul de Vreede, Sandra Bausch-Goldbohm, Nico van Meeteren, Marijke Hopman-Rock.

Samenvatting:

Beweging in de Zorg, Zorg voor Beweging! (Sandra Bausch-Goldbohm) (zie Bijlage K)

Ook voor (kwetsbare) oudere

Vergrijzing over 20 jaar. Levensverwachting is in de afgelopen jaren niet echt toegenomen bij vrouwen. Bij mannen wel toegenomen. Groot verschil ook tussen levensverwachting en ervaren levensverwachting. Boute uitspraak: ongeveer 50% van de zorgconsumptie is het gevolg van ongezonde leefstijl (roken, alcohol, voeding, gebrek aan beweging).

Top 6 van beperkingen bij mensen >55 jaar ligt er niet om. Inactiviteit bij 75+ is erg groot. Zit in neerwaartse spiraal. Het is dus van belang zowel naar voeding als bewegen te kijken.

Wetenschappelijke inzichten over bewegen. Door bewegen kan (beloop) van ziekte verbeteren. Bewegen en vallen is ook nog relatie. Mathieu de Greef: Dementie mag in kolom ontstaan van ziekten (een +).

Praktijk:

- Blijkt uit vele studies voor ouderen en chronisch zieken: doelgroep wordt onvoldoende bereikt.
- Pas aandacht na valincident met ziekenhuisopname
- Veel beweegprogramma's zijn voor ouderen beschikbaar, maar lang niet allemaal evidence-based en van voldoende kwaliteit
- Participatie in beweegprogramma's onvoldoende
- Balans tussen veiligheid en beweegstimulering nodig

Oplossingsrichtingen (zijn maar aanzetten, gedachtenrichtingen):

- vroegsignalering van ouderen met een beweegprobleem en/of een (onder)-voedingsprobleem.
- Selectie en implementatie van effectieve beweeginterventies. Hoeft niet persé MBvO of andere programma's zijn, maar kan ook trainen zijn (zie presentatie Paul)
- Kwaliteitsverbetering beweeginterventies (gericht op effectiviteit en participatie)

- Integratie van het op de individuele oudere afgestemd traject (van vroegsignalering tot en met interventie)
- Coördinator (fysiotherapeut?)

Doelen:

- behouden of verbeteren van functies en condities, zelfredzaamheid, sociale participatie, kwaliteit van leven.
- Reduceren van valrisico's, conditieverslechtering en complicaties bij operatieve ingrepen en andere major life events.

Randvoorwaarden:

- Alles evidence based
- Aanbod aansluit bij behoefte en wensen van oudere (maatwerk!)

Spelers:

Gemeenten

Zorgaanbieders (mn fysio, thuiszorg, huisartsen, praktijkondersteuners, diëtisten, tandartsen)

Zorgverzekeraars

Ouderen- en pagtientenorganisaties

Bedrijven (ICT, gaming,)

Voorbeelden van wat we zouden kunnen doen:

Voorbeeld 1

Ontwikkeling vroegsignaleringsinstrument

- laagdrempelig, weinig inbreuk en belasting
- lage kosten
- goede predictieve waarde
- observatie en/of vragenlijst en/of eenvoudige test
- evt. getrap

Voorbeeld 2

Ontwerp van de beweegstimuleringsketen voor ouderen

- doorrekenen en optimalisering van de kosten
- afstemming en optimale inzet van zorgaanbieders
- bewegwijzer (keuze voor de client en zorgaanbieders)

Voorbeeld 3

Waar ligt de grens (of balans) tussen het creëren van een veilige en comfortabele omgeving en het inbouwen van prikkels om te bewegen en (zodoende) functies te behouden?

Vraag: Alice Schippers: waarom zorginstelling en ouderenzorg niet in het rijtje?? Heeft meer te maken met focus op dit moment. Is wel degelijk belangrijk, maar moet nu gefocust worden op deze problematiek. Is gewoon keuze geweest. Hopelijk kunnen we dit deels dan weer in de setting zorginstelling etc zetten.

Mathieu de Greef: Verschillende fases van signaleren? Waarop focussen? Speelt cognitie ook een rol?

Dit is een eerste stap, wat is nu belangrijk om op te focussen. We hebben dat expres niet aangegeven, wie zijn wij om dit te beslissen? Gezamenlijk dus beslissen.

FUNTEX (paul de Vreede) (zie Bijlage L)

We zijn, zoals we hier zitten, aan het afbouwen (tot ons 30^{ste} opbouw). Als de fysieke capaciteit niet voldoende is, zijn we beperkt in het uitvoeren van bepaalde handelingen. We moeten zo lang mogelijk boven de lijn van veiligheid zijn. Het levert dus op om zo goed mogelijk te beginnen. Je kan niet opsparen. We kunnen de groene lijn inzetten. Tussen 30-70 jaar, 30% verlies aan fysieke capaciteit.

Wat is nu het effect van trainingsprogramma's van ouderen:

Merendeel programma's richt zich op spierkracht. Ook wel balanstreining, flexibiliteitstraining. Effect is niet zo heel duidelijk. Kracht is te winnen. Balans, of lopen is het effect minder overtuigend. Trainingsprogramma's beklijven niet. Effect neemt af. Hier hebben we een trainingsprogramma voor ontwikkeld, direct gericht op trainen ADL. (Functioneel trainen).

Het functioneel trainings programma: trainen gericht op dagelijkse activiteiten. Traplopen, buitenshuis lopen, boodschappen doen, etc. Steeds vaker combinaties van oefeningen. Steeds complexer maken. Bijvoorbeeld door mensen elkaar te laten passeren.

Spierkracht programma: armen benen romp gericht. Gemeten kracht bovenbenen, dagelijkse activiteiten. Hoe snel, hoeveel gewicht, hoeveel afstand overbruggen. Via formule score.

Resultaten:

Kracht in de benen: Krachtgroep: start en einde zijn gelijk, tussendoor omhoog. Overige groepen bleven gelijk.

Uitvoeren 16 dagelijkse activiteiten: krachtgroep en controlegroep bleven gelijk. Functiegroep gaat ruim omhoog, en na 9 maanden maar zeer langzaam omlaag. Effecten bleven dus behouden. Personen werden in dagelijkse activiteit ook actiever. Men heeft het effect op die manier ook in stand gehouden.

10 meest beperkte ouderen: hebben het meeste vooruitgang laten zien.

Onlangs een handleiding en oefenboek ontworpen voor aanbieder (therapeuten) aangepast naar aanleiding van opmerkingen aanbieders en gebruikers.

Mogelijk vervolgtraject:

Ontwikkeling cursus voor aanbieders

Proefimplementatie

Inpassen funtex in aanbod beweegprogramma's voor ouderen

Toepassing funtex methode bij speciale doelgroepen

Funtex thuis

Vragen:

Marian ter Haar: je kan waarschijnlijk vertaalslag maken om minder geïnteresseerden ook te laten bewegen. Hoe vertalen naar dans en muziek aanbod bijvoorbeeld. Een aansprekend aanbod. FUNtex. Wat vindt u hiervan? Insteek ouderen sceptisch. Beeld beweegprogramma was anders, maar uiteindelijk erg leuk. Bij spierkrachttraining werd saai gevonden. Was een soort 6-kamp.

Nanne van Bemmel: geen aandacht voor duur-uithoudingsvermogen. Is dat bewust gedaan? Is basisvoorwaarde. Is wel naar gekeken, te weinig tijd om uit te leggen. Zat wel e.e.a bijv. 6 minuten wandeltest.

Keteninnovatie in de zorg (Meike Smit) (zie Bijlage M)

Partnerdag Bewegen en eten

Vraag van Meike:

Wie maakt deel uit van zorgnetwerk?

- NISB ontwikkelt zorgnetwerk voor Diabetes II. Loopt op dit moment goed. Bewegen is stimulerend. Men is van het belang op de hoogte.
- St. Woerden Actief. Fysiotherapeut geweest. Enige ervaring op gebied. Zorgnetwerk geweest. Specialisten, verwijzers etc.
- KNGF. Volgende week congres over zorgnetwerken.

Belangrijk is dat beweegprogramma's niet individueel er zijn. Moeten er ook in zorgcontext zijn. Expertise van TNO. Graag input van mensen.

Keteninnovatie:

Disbalans tussen zorgaanbod en zorgvraag. Oudere mens wordt geconfronteerd met steeds meer disciplines om zich heen. Vraagt veel afstemming binnen zorgketen. Op dit moment gaat dat niet altijd even goed. We wisselen niet goed informatie uit. Consument gaat ook steeds vaker eigen keus maken. Geldt ook voor beweegprogramma's. We richten ons op relatie tussen zorgconsument en zorgverleners.

Doel van keteninnovaties. Optimaliseren van leven patient, verbetering kwaliteit van de zorg, efficiëntie en kwaliteit van de arbeid.

Vraag Hans Hopmans: waarom multidisciplinair netwerk als doel. Nee, doel is in eerste instantie patient. Ga je niet met oude instrumenten meten. Later over doorpraten.

Wat doen wij op gebied van keteninnovatie.

Instrument ontwikkeld voor regio's. Meer mensen opleiden, ander soort zorg. Expertise op innoveren van zorgnetwerk.

Concrete instrumenten:

- kwaliteitskader ketenzorg
- prognose instrumenten
- meetinstrumenten arbeidsinnovatie
- kosten-baten instrument
- dynamische procesmodellering

Meetinstrumenten

Effect van innovatie op:

Arbeidsproductiviteit

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van arbeid

Ontwikkeling: van "zelf doe" instrument voor keteninnovatie in zorgnetwerken.

Beide instrumenten te vinden op link: <http://arbprod.arbeidtools.nl>

Primair ontwikkelt voor managers.

Dynamische procesmodellering.

In beeld brengen van werkprocessen met simulatie in de tijd, rekening houdend met:

- fluctuerende zorgvraag en zorgaanbod
- variatie in behandel tijden
- interactie tussen werkprocessen

Gericht op bedrijfsmatige, logistieke prestaties van zorgnetwerken en – ketens:

- welk effect op doorlooptijden?
- Welk effect op inzet van mensen?
- ... en dus op kosten

Ook misschien mogelijk voor project van NISB. Meer info nodig. Later praten ze er over.

Dynamische procesmodellering

Meerwaarde dynamische procesmodellering:

- inzicht in dynamiek en interactie van werkprocessen
- experimenteren met varianten....

Je kan er mee experimenteren. Wat is effects op tijd, capaciteit, geld , communicatie, werprocessen anders inrichten, enzovoort.

Ander project keteninnovatie dementiezorg.

Toename aantal ouderen, en toename dementie, complex zorgvraag

Kortom: Keteninnovatie ons onderwerp.

The effects of goal implementation counseling on DPA and fitness in low intrinsic motivated sedentary older adults in the Netherlands. (Mathieu de Greef) (zie Bijlage N)

Groot deel van de mensen die niet voldoende beweegt is ook niet geïnteresseerd in bewegen. Gekeken of we dropout naar beneden te krijgen. Mensen ingesloten die niet geïnteresseerd waren. Leefstijlmethode bestaat uit aantal elementen. Niet zo intrinsiek gemotiveerd. Mensen zoeken we op. Bellen aan. Steekproef uit bevolking. Slogan u kunt veranderen, en wij weten hoe. Gebruiken aantal ingrediënten voor gedragsveranderingen. Bepaalde gesprekstechniek. Motivational interview techniek. Niet bewegen is zitverslaving. Goal setting theorie. Goal setting implementation theorie. If not, what then??? Dit in programma gestopt. Kolb: leermodellen. Ook toevoegen aan model. Doelen stellen moeten haalbaar zijn, tijd specifiek, primen. Nieuwe gewoontes laten krijgen. Mensen moeten zichzelf kunnen volgen. 4 gesprekken, verspreid over maand of 3. Mensen veranderen direct aan begin. 30 % na jaar. Na 3 maanden: nog 2 telefonische consulten. Mensen blijven daardoor alert. Blijkt te werken. Jaar daarna nog 1 x bellen: helpt.

Werkt deze counseling methode: en individueel of in groep.

RCT gedaan.

Inclusiecriteria: mensen die weinig gemotiveerd waren. 473 mensen geïncludeerd. Diverse meetinstrumenten gebruikt: digiwalker, squash, state of change, fittest, gronignr fittest etc.

Van mensen die bezocht zijn, zijn 587 geïncludeerd. Vrij jonge leeftijd (62-63 jaar). Fitheid neemt toe door verandering in levensstijl, voeding etc. Norm aanpassen van BMI. 25% werkte nog.

Heeft het invloed gehad op meer gaan bewegen? Exp. Groep is 91% meer gaan bewegen (voorjaar gestart, helpt wel, sneller grotere effecten). Statistisch is effectief. Grote verandering.

Kan deze methode ook worden toegepast worden op therapietrouw voor medicijnname? Is aannemelijk. In Maastricht via computer ondersteuning onderzoek gedaan.

Mensen met chronische aandoening

Is geen verschil tussen individueel en groepsbenadering.

Heeft het invloed op uithoudingsvermogen en kracht? Uithoudingsvermogen en beenkracht

Het werkt. Ja het werkt.

Motivatie is een dynamisch proces. Het is niet stabiel. Compliance is een primitieve indicator.

Zelfregulatie

Doen nog verschillende andere projecten op dit gebied. O.a. in het kader van NASB (Nationaal Actieplan Sport en Bewegen).

Vraag: Hans Hopmans: Kan er iets meer expliciet iets gezegd worden over impact: Hoeveel procent is zich anders gaan gedragen?

91%. Bepaalde variatie. SD. Mensen die weinig bewegen gaan meer vooruit dan die al veel bewegen. 71% blijft over na een jaar. Opvallend dat verandering aan het begin is. Frommeltijd gaan we bewegen. Compenseren? Doen we niet. Gaan niet iets laten. Wel bijvoorbeeld met MBvO.

Kort over Woerden en Woerden Actief! (Nanne van Bommel)

Het project zoals het nu ligt, komt in Woerden goed uit. 50.000 inwoners, meest gemiddelde gemeente van Nederland. Betrokken gemeenteraad, waarin bewegen ook een belangrijk issue is. Betrokken wethouder. Zij zal dit met beide armen omarmen. Het ziekenhuis heeft sinds kort geriater. Bewegen is wellicht een beter medicijn dan alle ander medicijnen. Liggen misschien mogelijkheden. Ziekenhuis Woerden werkt met verpleeghuizen samen. Ingrediënten om project succesvol te laten worden, zal heel goed kunnen landen.

Woerden Actief! Beweegt zich vna 0-100, maar specifiek ook voor ouderen. Zijn verschillende activiteiten. Woerden Actief staat ook voor Lokaal Actief. Model wordt binnenkort over 15 gemeenten uitgerold. Woerden wil meer! Zou heel leuk zijn als Woerden dit kan doen.

VWS geeft ons geld voor ontwikkeling werkplan. Hoe wij in praktijkcase met elkaar een project gaan opzetten. Wat willen we, welk tijdsbestek, wat is hun rol daarin zelf. Plan wordt een gezamenlijk plan met workpackages. Daarvoor vragen we geld aan bij diversen. Eén of meer gemeenten. Plan wordt ingediend bij bijvoorbeeld VWS, Ned. Zorgautoriteit. Voor vanmiddag is dit de groep die het doet. Misschien missen we wel partijen. Wie missen we? Hoeft nu niet heel diep op in te gaan.

Samenvatting na discussie in 2 groepen.

Groep 1.

Gezgd: waar richten we ons op. Meninge waren niet helemaal gelijkloidend. Verschillende focus.

Wat:

Preventie van chronische ziekten is voorstel van deel van de groep.

Voor: 55+, lage SES (wens NISB) fragiele ouderen met beperkingen is ook doelgroep. Focus op beide groepen. Omdat het maatwerk moet zijn, andere benaderingen.

Via:

zou kunnen via consultatiebureau voor ouderen, wijkgericht (alle neuzen dezelfde kant op). Wel heel belangrijk wat we ook gaan doen, elementen op elkaar afstemmen. Niet over gieten over wat al bestaat. Hoe past het in de infrastructuur die we al in Nederland hebben (Wet WMO, zorgaanbieders etc). Rol ziekenhuis? Het Hofpoort ziekenhuis in Woerden zou een rol kunnen vervullen. Moet in ieder geval een meewerkend ziekenhuis hebben om dit goed te laten lopen.

Hoe?:

Er is veel aanbod van beweegprogramma's. Wat is er, wat is effectief, MBvO, en dan combineren met aanpak Groningen (men was erg gecharmeerd). Hoe pas je het aan aan specifieke groepen, Aansluiten bij wensen gemeenten. Sommigen zagen wel een rol voor henzelf, anderen wat afwachtend.

Groep 2.

Wat zou het meeste rendement hebben.

Doelgroepen:

Chronische zieken, 55-85 jaar, minder gemotiveerden, COPD, diabetes, angst, dementie. Senioren in de thuiszorg, zorgmijders.

Wat gaan we doen:

Combinatie van functiegerichte training en cognitieve conseling. Voeding zien we ook mogelijkheden. Vroegdetectie via de mantelzorgers.

Het vergroten van zelfredzaamheid door het aanleren van vaardigheden.

Waar: volkswijken in grote steden, Woerden, meerdere proeftuinen.

Thuiszorg Stad Rotterdam (Achmea)

Doel:

Gezondheidsrendement, borgen door meer bewegen en voedingstoestand. Voorstel aan NZA/VWS 5 jarig project, met evaluatie om de 2 jaar. Bewegen als medicijn.

Wie gaan meedoen:

Thuiszorg, ziektekostenverzekeraar (Achmea), eerste lijn (alleen bij bewegen op recept), Univ. Gr., TNO, Achmea, Movisie (Zilveren Kracht), NPI, NVFG, SCV.

Kritische massa maken, vandaar meerdere steden. We gaan niet voor klein, we gaan voor verschillende duidelijk markeerbare doelgroepen.

Vraag: waarom gericht op chronische aandoeningen? Wordt meegegeven aan groep die hieraan gaat werken.

Marijke Hopman-Rock gaat verder in op deze voorstellen:

Er is iets groots uitgekomen, leuk. Krachten bundelen. VWS kijkt ook erg naar deze groep. Nationaal speerpunt hiervan maken? Beginnetje maken. Proeft commitment. Kennis die we al hebben in NL, bundelen zodat het de oudere mens ook bereikt. Het moet leiden tot iets structureels dat wordt ingebed in ons zorgbeleid. Wat we nu willen gaan doen. Graag weten of men wil verder werken hieraan.

Partijen zelf investeren, maar ook markt opleveren. Moet leiden tot iets nationaals. Kan nu aangeven wie deel wil nemen. Nog 2 x gaan tot begin 2009. Daarna structureel geld vinden. Als ons dit lukt met elkaar, wil VWS er geld in stoppen. We willen dus samenwerken, niet concurreren. Nu doen? Inventariseren wie mee doet. En ook nog nadenken over partijen die we missen.

Bijvoorbeeld thuiszorg – goed contact? Geef door aan MH. Marijke.hopman@tno.nl

Rondje wie wil mee doen met ontwikkeling werkplan. Krijgt beslag in komende maanden.

- Universiteit Groningen: doet graag mee
- NISB ook aan boord
- Vilans: zeker ook aan boord
- NPI: doet ook mee, wijst op programma ouderenzorg
- Nanne van Bommel: medewerking hangt af van Woerden wel of niet in de race.
- Achmea: doet graag mee
- RIVM: doet graag mee maar moet wel binnen RIVM kijken bij wie het past.
- KNGF: is ook enthousiast en doet graag mee.

- Voedingcentrum: bij doelgroep sluiten aan. Intern overleggen, moet terugkoppelen.
- Movisie: Graag
- NVD: Graag
- SCV: ziet wel mogelijkheden.

A Uitnodigingsbrief van VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

TNO KvL VP manager Bewegen en Gezondheid
Mevr. M. Hopman-Rock
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
S/TOP-SP-2846866	mw. J. Proost/cs	070-3406257	25-4-2008
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Uitnodiging voor kennisarena "bewegen en eten" 29 mei 2008			

Graag nodig ik u uit voor een discussiemiddag ('kennisarena') op 29 mei 2008 over onderzoek op het gebied van bewegen en eten. Het vindt plaats in de Apollozaal van het ministerie van VWS (Parnassusplein 5, 2511 VX Den Haag).

Vanaf 12.30 bent u welkom voor een broodje-vooraf. Het inhoudelijke programma begint om 13.00 uur en is om 17.00 afgerond. Er is nog gelegenheid tot informeel nabespreken onder het genot van een drankje.

Gezondheid staat hoog op de lijst van belangrijke zaken in het leven. Ook in Nederland. In de recente preventie-visie heeft de minister van VWS onder meer vijf speerpunten benoemd voor extra preventieve acties die tot meer gezondheid leiden. Een aantal van deze speerpunten, zoals overgewicht, diabetes en depressie kunnen gunstig beïnvloed worden door een actieve leefstijl met veel lichaamsbeweging en een gezond eetgedrag. Er bestaat hierover al veel kennis. Maar als we echt een verschil willen maken zijn er nieuwe extra aanpakken gewenst en evaluatie van bestaande aanpakken, zodat we kunnen leren van wat wel, niet of minder werkt. Vragen waarvoor onderzoek nodig en nuttig is.

Diverse organisaties zijn inmiddels aan de slag, al dan niet met financiële steun van VWS. Sommige op het gebied van sport en bewegen, andere op het gebied van voeding; ook organisaties die beide gedragsaspecten tot hun werkterrein rekenen.

Een van die organisaties is TNO die een meerjaren kennisprogramma 'Bewegen en gezondheid' uitvoert. Het doel van de 'kennisarena' is erachter te komen welke kennisvragen er leven bij organisaties op het gebied van bewegen en eten. Als startpunt gaan we daarbij uit van wat TNO nu doet en van plan is.

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

S/TOP-SP-2846866

VWS

De vraag is of en zo ja in welke zin het TNO- programma aanpassing behoeft om het (nog) meer te laten aansluiten op de maatschappelijke vraag. De vraag is welke mogelijke samenwerkingsverbanden van TNO met andere organisaties extra kunnen bijdragen om het verschil te maken in de aanpak van de VWS speerpunten.

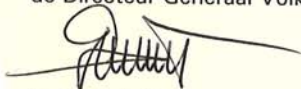
Mede namens TNO hoop ik u op 29 mei te mogen begroeten. U kunt kenbaar maken of u, dan wel een collega uit uw organisatie aanwezig zal zijn door een mail te sturen naar Joni Proost, email: j.proost@minvws.nl. Graag ontvang ik uw aanmelding uiterlijk vóór 27 mei.

Een routebeschrijving vindt u in de bijlage. Wegens het beperkt aantal parkeerplaatsen raad ik u aan om met het openbaar vervoer te komen. Mocht u toch overwegen met de auto te komen, geef dit dan aan bij uw aanmelding. Tevens wil ik u erop wijzen dat een geldige legitimatie bij VWS verplicht is.

Tot ziens op 29 mei!

Met vriendelijke groet,

de Directeur-Generaal Volksgezondheid



ir. J.I.M. de Goeij

B PowerPoint presentatie VWS en RIVM

**Kennisarena
Bewegen en Eten**

Ministerie van VWS
29 mei 2008

Maarten Koornneef

Programma

13.00 Opening Dhr. H. de Goeij en introductie dagvoorzitter
Mw. C. Ross

13.15 Onderzoek gezond leven, Mw. J. Boer (RIVM)

13.20 Bewegen & Gezondheid, Mw. M. Hopman-Rock

13.45 Jeugd & Gezondheid, Mw. S. Buitendijk

14.10 Gedragsonderzoek, Dhr. T. Paulussen

14.35 PAUZE

14.55 Voeding, Mw. A. Stafleu

15.20 Zorg/veroudering, Dhr. N. van Meeteren


15.45 Reactie zaal, discussie

16.25 Afronding

16.30 Informele borrel



Centrum Gezond Leven




Taken Centrum Gezond Leven

- Bevorderen van de aansluiting tussen vraag en aanbod
- Samenhang aanbrengen tussen interventies
- Beoordelen van de kwaliteit van interventies
- Inrichten van één Internettoeket waar de lokale professional informatie kan vinden over beschikbare leefstijlinterventies



Een werkplaats is een samenwerkingsverband tussen GBI's, CGL en lokale gebruikers, onder leiding van het CGL, waarin gezamenlijk activiteiten en producten gerealiseerd worden.



Werkplaats aansluiting vraag en aanbod (van) interventies gezondheidsbevordering

- Overzicht van aanbod interventies
 - Goed inzicht nodig in wat er gebeurt, waar, door wie
- Systematisch inzicht in de "vraag"

Prioriteiten 2008

- Aanbod vanuit GBI's en GGD'en
- Doelgroep: jeugd 4-19, ouderen 55+
- Vraag vanuit GGD'en: detailniveau, thuiszorg, GGZ oriënterend
- Link naar ZONMw: hiaten in kennis worden geïdentificeerd



Werkplaats Gezonde School
wat hebben scholen nodig om een gezonde omgeving te zijn?



- Verbeteren methode om schoolgezondheidsbeleid op te stellen
- Werkt aan een inzichtelijk, effectief en samenhangend aanbod van gezondheidsbevorderende interventies voor scholen



Werkplaats Certificeren

- een **breed gedragen** systeem voor certificering op het vlak van gezondheidsbevordering
- Het geven van een oordeel over (aspecten van) een dienst, product of procedure
 - met erkende criteria
 - volgens vaste procedure
 - door een **onafhankelijke, erkende organisatie**




Procedure

- Aansluiten bij Erkenning Jeugd Interventies (RIVM CGL en CJG, NJI)
- Voorselectie CGL op : beschikbare info, goede beschrijving doelen, doelgroep en methodiek
- Indienen bij onafhankelijke commissie
 - Oordelen door consensus
 - "In theorie effectief" op basis van kwaliteit theoretische onderbouwing, beschrijving methodiek, randvoorwaarden en eisen kwaliteitsbewaking
 - Onderbouwing en evt. verbeterpunten
- Beperkte geldigheidsduur (5 jaar)



Werkplaats loket

Het internet loket moet de professional ondersteuning geven bij voorbereiding en uitvoering van gezondheidsbevordering.

Het loket levert informatie over de kwaliteit, implementatiegraad, kosten en andere randvoorwaarden van beschikbare leefstijlinterventies.

Kern van loket is het bieden van een overzicht van bestaande interventies



Doelgroep loket

- Personen die
 - interventies ontwikkelen en uitzetten
 - beleid en strategie ontwikkelen (ook draagvlak creëren)

Primair bij:

- GBI
- GGD
- Gemeente
- Thuiszorg
- GGZ



Meer informatie op:
www.rivm.nl/gezondleven

Gezondheid maakt momenteel geen deel uit van kerncurriculum van scholen.


Gezamenlijke inspanning van Gezondheidsfondsen, GBI's en GGD'en nodig om gezondheid op de agenda van scholen plaatsen.




Werkplaats Certificeren

doel

- een **breed gedragen** systeem voor certificering op het vlak van gezondheidsbevordering
- dat leidt tot voor het veld bruikbare en toepasbare informatie over veelbelovende en effectieve interventies
- zodat de kwaliteit van toegepaste interventies landelijk, regionaal en lokaal toeneemt.

- **Niveau 0:** Minimale kwaliteit van interventies
- **Niveau 1:** **In theorie effectief:** Kwaliteit theoretische onderbouwing, beschrijving methodiek, randvoorwaarden en eisen kwaliteitsbewaking
- **Niveau 2:** **Bewezen effectief, direct/indirect** Kwaliteit van uitgevoerd onderzoek: sterren systeem
- **Niveau 3:** **Kosteneffectief (2011)**



Kern van loket is het bieden van een overzicht van bestaande interventies

Vragen

- Welke vragen leven er op dit onderwerp in jouw organisatie?
- Waar zou je deze vragen willen beleggen?

Dit is een dia van VWS, die na iedere presentatie werd getoond

C PowerPoint presentatie Marijke Hopman-Rock



 Slide 2: De missie van TNO. The slide has a white background with a vertical strip of images on the left showing various TNO activities. The text is in blue and orange.

De missie van TNO

TNO maakt wetenschappelijke kennis toepasbaar om het innovatief vermogen van bedrijfsleven en overheid te versterken

TNO is in 1932 opgericht onder speciale TNO Wet (Non-Profit)

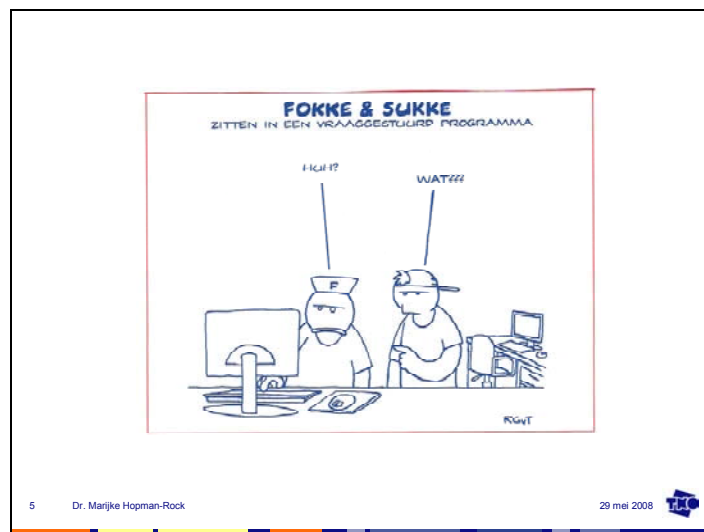
Dr. Marijke Hopman-Rock 29 mei 2008 TNO

 Slide 3: We doen dat op de volgende terreinen. The slide has a white background with a vertical strip of images on the left showing people in various settings. The text is in blue and orange.

We doen dat op de volgende terreinen

- Maatschappelijke veiligheid
- Defensie
- Gezond leven
- Voeding
- Omgaan met een veranderende samenleving
- Arbeidsparticipatie
- Bereikbaarheid
- Bouwen voor ruimte
- Leven met water
- Energie
- Leefomgeving
- Hoogwaardige systemen, processen en materialen

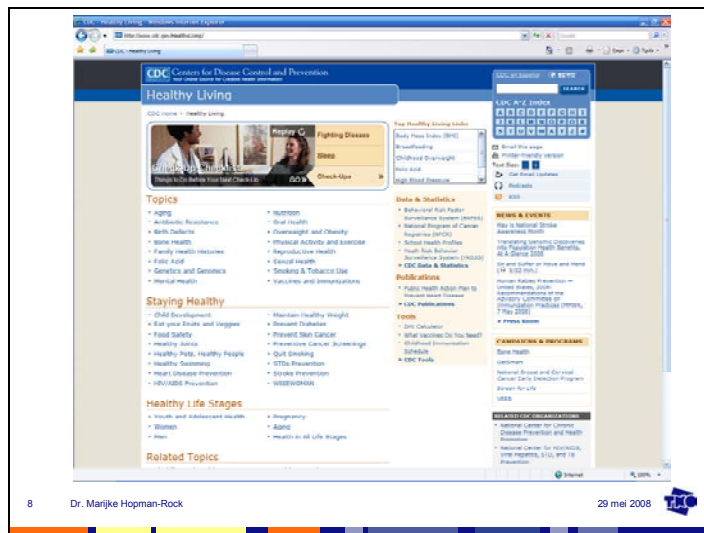
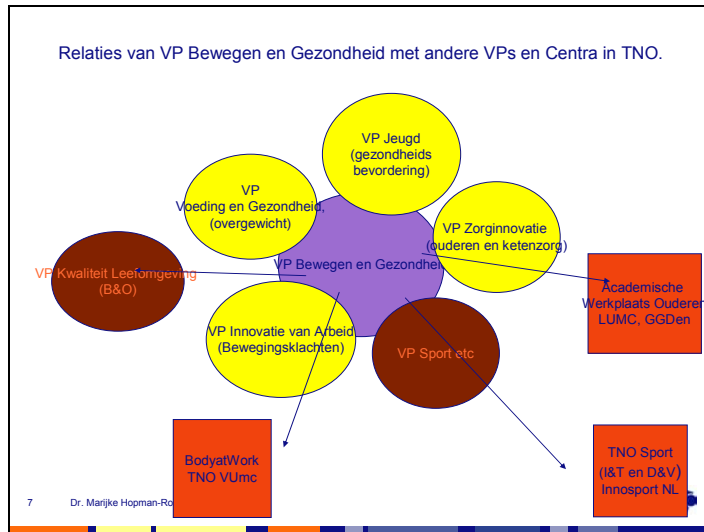
Dr. Marijke Hopman-Rock 29 mei 2008 TNO



Vraaggestuurde Programmering

- Kennisontwikkeling verbinden met maatschappelijke (publieke en private) relevante issues
- Gebaseerd op de interactie tussen overheid, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en kennisinstellingen
- Identificeren van middellange termijn kennisvraagstukken

6 Dr. Marijke Hopman-Rock 29 mei 2008



Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review

John A. Hawton, Roger Hinchey, Andrea Parnis, Ruth Lewis and Claire Willmore

ABSTRACT

OBJECTIVE To assess the effectiveness of exercise-referral schemes in promoting physical activity in adults. DESIGN Systematic review of randomised controlled trials. SEARCHING We searched Medline, Embase, PsycInfo, and the Cochrane Database of Systematic Reviews for randomised controlled trials published between 1980 and 2007. DATA EXTRACTION AND ANALYSIS We used the Cochrane Collaboration's standardised procedures for conducting systematic reviews. RESULTS We identified 17 randomised controlled trials involving 1711 participants. The trials were conducted in primary care, community, and workplace settings. The most common interventions were referral to a community-based exercise program, referral to a workplace-based exercise program, and referral to a home-based exercise program. The most common outcomes measured were physical activity levels, self-reported health, and quality of life. The results of the trials were mixed, with some showing a positive effect of exercise-referral schemes on physical activity levels and self-reported health, and others showing no effect. CONCLUSIONS Exercise-referral schemes may be effective in promoting physical activity in adults, but the evidence is limited. Further research is needed to determine the most effective interventions and settings for these schemes.

ARTICLE

Exercise in Chronic Disease: Physiological Research Needed

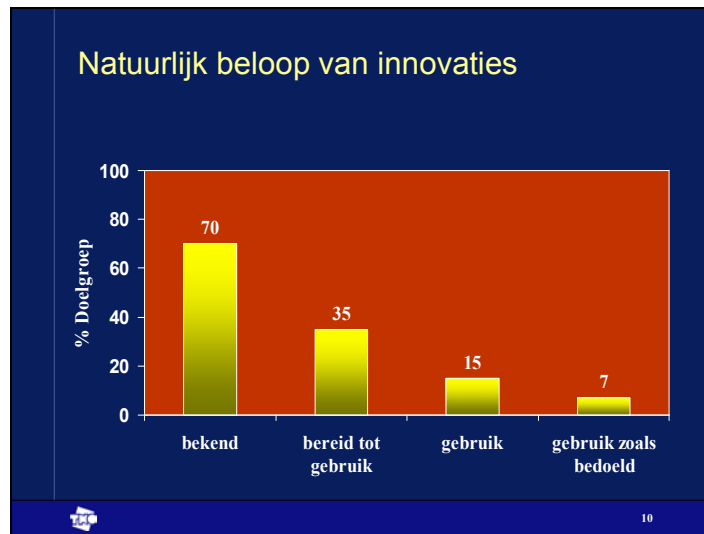
Robin Taylor

Department of Medicine, Division of Endocrinology and Hypertension, University of Minnesota, Minneapolis, MN, United States

OBJECTIVE To review the current state of knowledge regarding the role of exercise in the management of chronic disease. **DESIGN** Narrative review. **SETTING** Academic medical center. **MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS** The review focuses on the physiological mechanisms underlying the benefits of exercise in chronic disease, and the need for further research to determine the most effective interventions and settings for these schemes. **CONCLUSIONS** Exercise in chronic disease is associated with numerous physiological benefits, including improved cardiovascular health, reduced inflammation, and improved insulin sensitivity. However, the current state of knowledge regarding the role of exercise in the management of chronic disease is limited, and further research is needed to determine the most effective interventions and settings for these schemes.

Review onderzoek: 17 inactieve mensen benaderen om er 1 actief te krijgen!
 Bewegen en chronische ziekten: meer onderzoek over hoe dit in de zorg te integreren en zorggevers op te leiden

9 Dr. Marijke Hopman-Rock 29 mei 2008



Maatschappelijke opgaven met bijdragen vanuit VP Bewegen en Gezondheid

- Lichamelijke inactiviteit, overgewicht en vergrijzing/verkleuring van (flinke delen van de) algemene bevolking en hieraan gerelateerde aandoeningen en zorgkosten.
- Bewegingsarmoede op het werk als 'modern' arbeidsrisico
- Bewegingsvriendelijke inrichting van de openbare ruimte (buurten, bedrijventerreinen)
- Vermindering van blessures en valongevallen

11 Dr. Marijke Hopman-Rock

29 mei 2008



VP Bewegen en gezondheid

Aansluiting bij thema's / beleidsvragen van Ministeries

- Meer aandacht voor preventieve gezondheidszorg en voor het belang van bewegen voor preventie (Nota Sport, Bewegen en Gezondheid 2001, VTV 2002, Zorgnota 2003, Nota Tijd voor Sport 2005 (inclusief Nationaal Actieplan Sport en Bewegen uitvoering 2006-2010), convenant overgewicht, Preventienota 2006, nota 'Langer gezond leven').
- Centrum Gezond Leven (in ontwikkeling bij het RIVM), aandacht voor relatie van gezondheid met gedrag (voeding, beweging, etc)
- ZonMw Ouderenprogramma/ EU programma's
- INNOSPORT NL en GATE (project met de gamingindustrie met gebruik van zgn. 'persuasive technology').

12 Dr. Marijke Hopman-Rock

29 mei 2008



VP Bewegen en gezondheid

Programmalijnen

- **Monitoring (bijvoorbeeld Trendrapportage Bewegen en Gezondheid ism universiteiten, RIVM, C&V, etc)**
- **Ontwikkeling (tevens probleem- en determinantenanalyse), evaluatie en implementatie van (kosten)effectieve interventies**
- **Rol van de omgeving (buurt, werkomgeving) op beweeggedrag**
- **Beweging als determinant van arbeidsproductiviteit en -participatie**



Accenten in de periode 2007-2010 e.v

- **Volledig inactieve doelgroepen (Jeugd, Ouderen, Chronische ziekten (bijvoorbeeld diabetes, depressie, etc), mensen met overgewicht, allochtonen, bepaalde groepen werknemers)**
- **Aandacht voor breedtesport, blessures en vallen**
- **Rol van de fysieke omgeving**

• **Relatie bewegen met andere gedragsvariabelen (bijvoorbeeld voeding ivm overgewicht)**

• **Bewegen in de Zorgsector**



Onderwerpen die gepresenteerd worden

- Gedragsgerichte Gezondheidsbevordering (Theo Paulussen)
- VP Jeugd - Monitoring overgewicht bij kinderen en belang borstvoeding (Simone Buitendijk)
- KOALA een project over Bewegen en Eten (Annette Stafleu)
- Ouderen en zorg (innovatie): Bewegen als levenselixer en als medicijn (Nico van Meeteren)



Doel van een Kennisarena

- Ieder jaar interactie met stakeholders/partners over wat de maatschappelijke opgaves zijn op het gebied van de vraaggestuurde programma's.
- Afstemming (onderzoeks)activiteiten (versterking, verdieping, verbreding). Wie wil met TNO samenwerken?
- Discussie met elkaar: prioritering thema's, commitment,
- Jaarlijkse bijstelling (inhoud en omvang)



Vragen

- Welke vragen leven er op dit onderwerp in uw organisatie?
- Waar zou u deze vragen willen beleggen?

D PowerPoint presentatie Simone Buitendijk

VP Jeugd - Monitoring overgewicht bij kinderen en belang borstvoeding

Kennisarena Bewegen en Eten
29 mei 2008

TNO | Kennis voor zaken



Dr. S.E. Buitendijk

Overgewicht en borstvoeding bij kinderen: Investerings vanuit VP Jeugd en Gezondheid

- overgewicht vormt een groot en ernstig Public Health probleem
- ernstige gevolgen, bijvoorbeeld DM type II
- overgewicht bij kinderen verhoogt de kans op chronische ziekten op volwassen leeftijd
- Borstvoeding bevordert gezondheid



Vierde Landelijke Groeistudie: Nederland als een van de eerste landen in staat toename in obesitas onder jeugdigen te laten zien

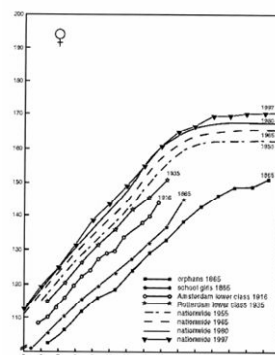


Figure 1B. The positive secular growth change for Dutch girls, illustrated by the mean heights in the Netherlands since 1865. The four nation-wide growth studies; 1865, 1955, 1980, and 1997 are included. (Roelke M., van Wieringen J.C. 1985)



Verschillen in overgewicht/obesitas per etnische afkomst

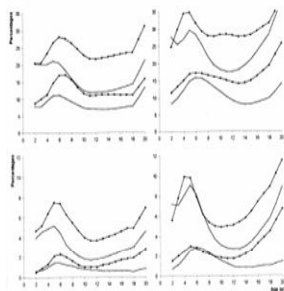


Figure 1. The percentages boys and girls aged 2-20 years, with overweight (top) and obesity (bottom) according to the international standard. • Turkish origin & Moroccan origin, ■ Dutch origin living in the large cities, ▽ Dutch origin living in the other parts of the Netherlands.



“Doel van de 5e Landelijke Groeistudie 2007 was actuele informatie te verkrijgen over de groei van kinderen om op basis hiervan referentiewaarden samen te stellen ten behoeve van het beoordelen van de groei in relatie tot leeftijd van (gezonde en zieke) individuele kinderen en groepen kinderen van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst die woonachtig zijn in Nederland”



Resultaten:

- referentiewaarden in de vorm van tabellen en diagrammen
- nieuwe "Handleiding Groeidiagrammen" voor professionals en innovatieve BMI meter
- inzicht in verschillen tussen sociaal-economische groeperingen en in de verandering van deze verschillen over de tijd
- bijdrage aan tijdige opsporing van kinderen met ziekten.



Promotie van borstvoeding wereldwijd

- WHO: Meest optimale voeding voor de gezondheid van moeder en kind. Tot 6 maanden uitsluitend borstvoeding.
- 1981, WHO: Internationale gedragscode: Geven van borstvoeding beschermen en een juist gebruik van vervangingsmiddelen.
- 1991, WHO en UNICEF: Baby-friendly hospital initiative (BFHI).



7

VP Jeugd - Borstvoeding en monitoring overgewicht bij kinderen via jeugdmonitor / groeistudie

Kennisarena Bewegen en Eten, 29 mei 2008



Samenwerking voor borstvoeding in Nederland

- 2000: Masterplan Borstvoeding (VWS)
- Coördinatie Voedingscentrum
- Platform Borstvoeding
- Campagne "Borstvoeding verdient Tijd" (www.voedingscentrum.nl/borstvoeding)
- Stichting 'Zorg voor Borstvoeding' (www.zorgvoorborsvoeding.nl) certificeert kraamzorg en ziekenhuizen. Later: Verloskundige praktijken, JGZ
- TNO Kwaliteit van Leven (www.tno.nl/borstvoeding): Peilingen "Melkvoeding van Zuigelingen"



8

VP Jeugd - Borstvoeding en monitoring overgewicht bij kinderen via jeugdmonitor / groeistudie

Kennisarena Bewegen en Eten, 29 mei 2008



Peilingen "Melkvoeding van Zuigelingen"

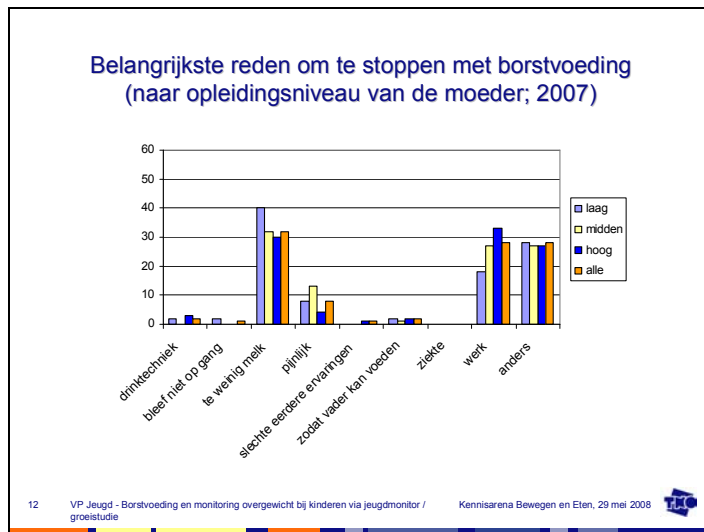
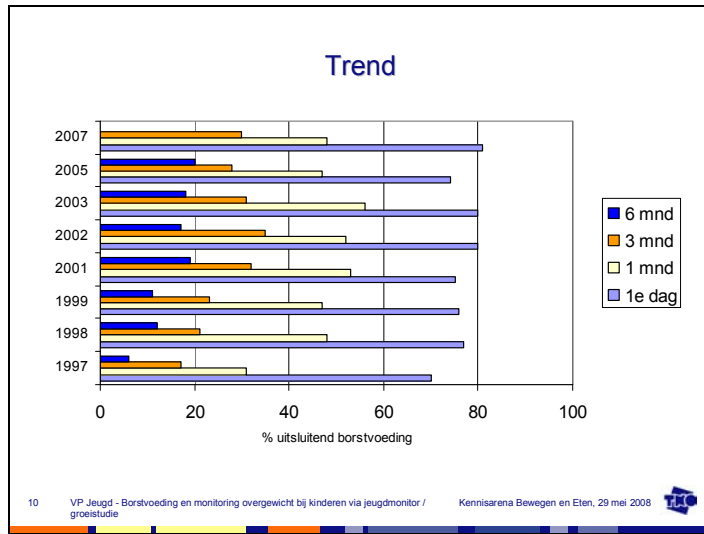
- Jaarlijks/ tweejaarlijks
- Rond de jaarwisseling
- Vragenlijst (5000 verzonden; respons 60-65%)
- Zuigelingen van 0 t/m 6 maanden oud
- Via de consultatiebureaus (n±250)
- Door moeders thuis ingevuld

9

VP Jeugd - Borstvoeding en monitoring overgewicht bij kinderen via jeugdmonitor / groeistudie

Kennisarena Bewegen en Eten, 29 mei 2008





Hoe verder met onderzoek?

Opwaartse trend borstvoeding borgen door:

- Meer inzicht in determinanten van het geven van borstvoeding, en
- Adequate en uniforme advisering.

- Hiervoor en voor de groeistudie zijn doorgaande investeringsmiddelen noodzakelijk.

- Samenwerking TNO met derden voortzetten



Vragen

- Welke vragen leven er op dit onderwerp in uw organisatie?

- Waar zou u deze vragen willen beleggen?

E PowerPoint presentatie Theo Paulussen



Doelen van de overheid

- Speerpunten 'Kiezen voor gezond leven' & "Een visie op gezondheid en preventie":
 - roken
 - problematisch alcoholgebruik
 - overgewicht
 - diabetes
 - depressie
- Beleidsprogramma 2007-2011 Prg.Min voor Jeugd en Gezin:
 - Vroegsignalering en gerichte doorverwijzing
 - 'Vindplekken' Centra voor Jeugd en Gezin en scholen

2 Dr. Theo Paulussen

29 mei 2008 

Onderzoeksprogramma's op gebied van leefstijl en psychische gezondheid

1. Gedraggerichte gezondheidsbevordering (GVO)
2. Bevordering gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling (Mental Health promotion)
3. Implementatieonderzoek

3 Dr. Theo Paulussen

29 mei 2008 

Doelen

- Primaire preventie (universele interventies / collectieve preventie)
- Secundaire preventie (vroegsignalering / geïndiceerde preventie)
- Tertiaire preventie (behandeling / patiëntenvoorlichting)

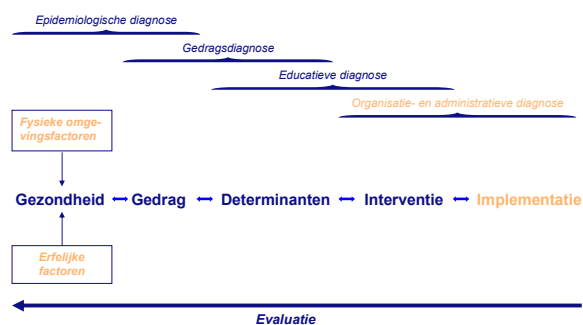


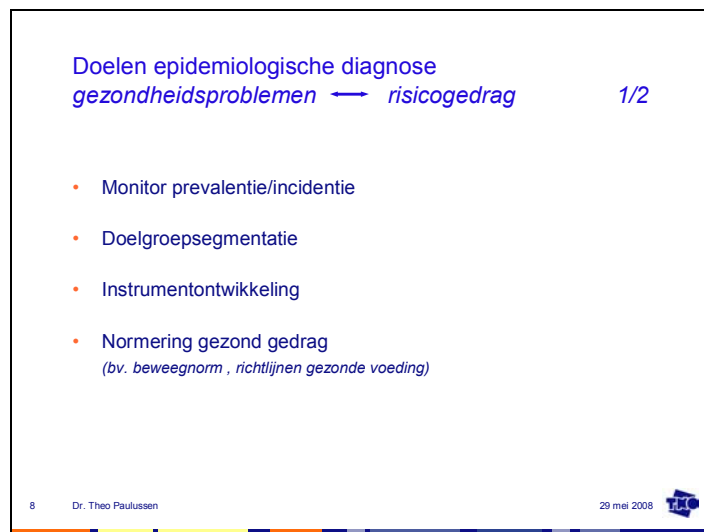
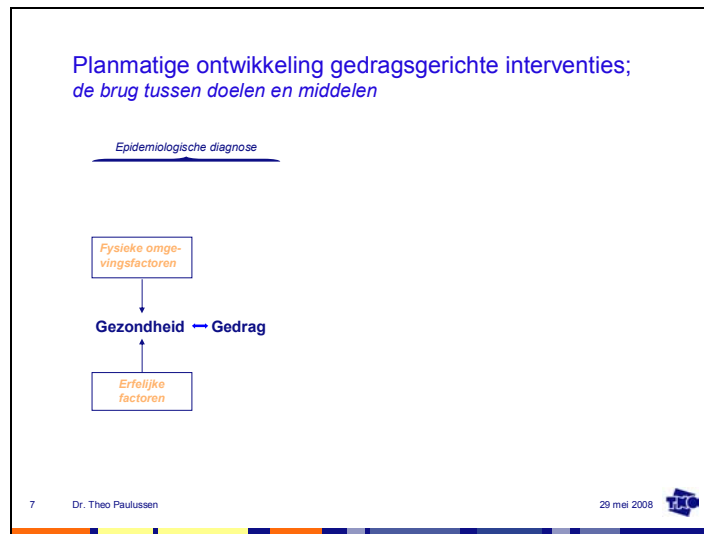
Beleidsinstrumenten

- Voorlichting en educatie
- Wet- en regelgeving (incl. sanctiëring)
- Prijsbeleid
- Voorzieningen



Planmatige ontwikkeling gedragsgerichte interventies; de brug tussen doelen en middelen







Doelen gedragsdiagnose
gedrag ↔ determinanten 1/2

- Kennis
- Verwachte voor- en nadelen
- Sociale omgeving
- Vaardigheden
- Fysieke omgeving en voorzieningen

11 Dr. Theo Paulussen 29 mei 2008

Voorbeeldstudies gedragsdiagnose
gedrag ↔ determinanten 2/2

- Determinanten van excessief lijngedrag tienermeisjes
- Wijk en Jeugd (relatie gebouwde omgeving en bewegen)
- Genomics en overgewicht (percepties aanleg vs. leefstijl)
- Determinanten voeding- en beweeggedrag VMBO-leerlingen
- Determinanten van clusters van risicogedrag

12 Dr. Theo Paulussen 29 mei 2008

Planmatige ontwikkeling gedragsgerichte interventies; de brug tussen doelen en middelen

Educatieve diagnose / effectiviteitsonderzoek



13 Dr. Theo Paulussen

29 mei 2008



Voorbeeld interventiestudies (gedrags)determinanten ↔ interventie

Buitenschoolse setting

- Behandelprogramma's (Cardea-interventie, Victory Camp)
- Campagne balansdenken
- Inrichting leefomgeving (Playgrounds)

Schoolse setting

- Curriculummethoden ("Lekker FIT!", Krachtvoer, Ik (r)ook niet)
- Schoolkantine/-automatenaanbod (assortiment en prijsbeleid)
- Actieprogramma "Gezond Gewicht"
- "Transferbevorderend leren"

14 Dr. Theo Paulussen

29 mei 2008



Bevordering gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling

Primaire (universele) interventies:

- Padleerplan in b.o. (sociaal-emotionele ontwikkeling)
- Levensvaardigheden in v.o. (sociale vaardigheden)
- Anti-pestbeleid in b.o.

Vroegsignalering en geïndiceerde interventies:

- Instrumentontwikkeling JGZ (SDQ, IRT-CAT)
- Samen Starten (vroegsignalering en casemanagement)
- CODIP (begeleiding kinderen van gescheiden ouders)
- Videohome training (begeleiding ouders bij huilbaby's)

Behandeling:

- PMTO (oudertraining bij externaliserende gedragsproblemen)

15 Dr. Theo Paulussen

29 mei 2008



Wat zou er moeten gebeuren

Gezondheidsbevordering

- Integratie van leefstijlinterventies
- Longitudinale ontwikkeling risicogedrag
- Ontwikkeling meetinstrumentaria (w.o. meten van voeding- en beweggedrag)
- Instrumentering schoolgezondheidsbeleid (w.o. sociale competentie)
- Relatie opvoedstijl - obesitas

Sociaal-emotionele ontwikkeling

- Instrumentontwikkeling vroegsignalering (w.o. IRT-CAT)
- Casemanagement
- Intersectorale-/ketensamenwerking
- Geïndiceerde interventies (w.o. kinderen van gescheiden ouders)

Implementatie

- Instrumentontwikkeling (w.o. implementatiediagnose)
- Inzicht in condities voor effectieve invoeringstrategieën



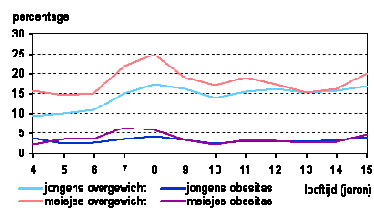
Vragen

- Welke vragen leven er op dit onderwerp in uw organisatie?
- Waar zou u deze vragen willen beleggen?

F PowerPoint presentatie Annette Stafleu



Omvang probleem:



Percentage kinderen (4-15 jaar) met overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) naar leeftijd en geslacht in 2002-2004

T.o.v. 1997: percentage kinderen van 7 jaar of ouder met overgewicht sterk gestegen en soms zelfs verdubbeld.

(Bron:TNO 2006)
Annette Stafleu



Gevolgen

- Overgewicht op jonge leeftijd leidt vaak tot overgewicht op volwassen leeftijd
- Toename o.a. HVZ, diabetes, psychosociale klachten
- Belangrijk om met preventie op jonge leeftijd te beginnen
- Inzicht in factoren die een rol spelen bij ontstaan van overgewicht op jonge leeftijd

Annette Stafleu



KOALA is mogelijk gemaakt door:

- Ministerie van Economische zaken
 - Suikerstichting Nederland
 - Royal Friesland Foods
 - Universiteit Maastricht
- +
- Kennisinvesteringen vanuit VP Bewegen en Gezondheid en VP Gezonde Voeding
 - Met inzet van TNO capaciteit:
 - Voeding (Zeist)
 - Bewegen (Leiden)

Annette Stafleu



Wat is KOALA? - Onderzoekspopulatie

- **N= 2834:** Cohort van kinderen (KOALA: **K**ind, **O**uder en gezondheid: **A**andacht voor Leefwijzen en **A**anleg), nadruk op atopie en astma)
- **N= 2600:** Follow-up determinanten leefstijl en gewicht
 - 4-5 jaar
 - 6-7 jaar

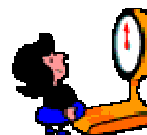


Annette Stafleu



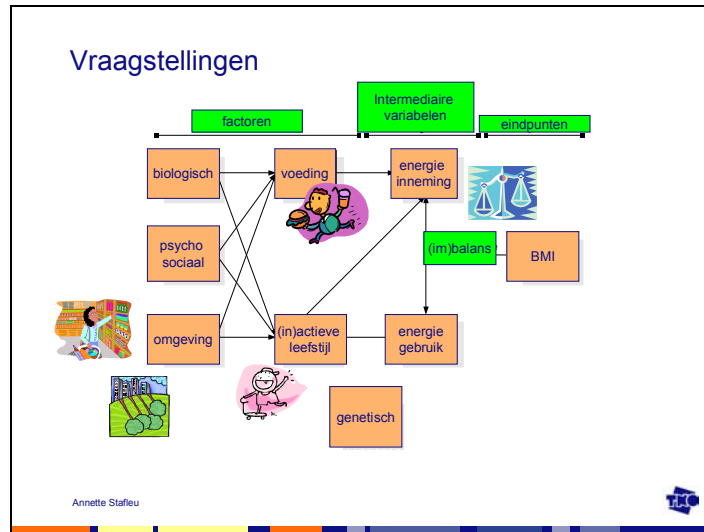
Doel KOALA- levensstijl en gewicht

- Inzicht verkrijgen in (het relatieve belang van) factoren die een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht op jonge leeftijd
- Het ontwikkelen en toepassen van valide en betrouwbare meetinstrumenten voor:
 - Het meten van energie inname en energieverbruik bij kinderen
 - Attituden van ouders ten opzichte van voeding, beweging en overgewicht
 - Opvoedstijlen
 - OmgevingsfactorenBij kinderen op 4-5 en 6-7 jarige leeftijd



Annette Stafleu





Dataverzameling 4-5 jarigen

Dataverzameling via veldwerk op locaties

- mei - november 2006
- N=380

Overige deelnemers cohort:
Dataverzameling via vragenlijsten

- maart-augustus 2007

Annette Stafleu

Dataverzameling n=380

- Meten lengte, gewicht en middelomtrek
- Meten beweging via bewegingsmeters
- Vragenlijst 'eten en bewegen'
- Gedragsvragenlijst

71

Vragenlijst "Eten en bewegen door uw kind"

72

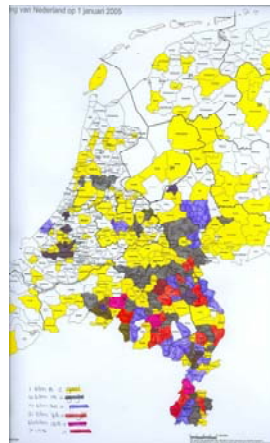
Vragenlijst "Uw mening over eten en bewegen"

Voor u ligt een van de vragenlijsten van het KIDALA-observatieonderzoek leefstijl en gewicht. De vragen gaan vooral over hoe u denkt over het eten en bewegen van uw kind en heeft met betrekking tot eten en activiteiten van uw kind. Ook worden vragen gesteld over de fysici van het kind.

Annette Stafleu

Locaties

- Maastricht
- Heerlen
- Geleen
- Roermond
- Tilburg
- Eindhoven



Annette Stafleu



Stand van zaken

- Instrumentontwikkeling en dataverzameling op 4 en 5 jarige leeftijd heeft plaatsgevonden
- Uit de resultaten met de beweegmeters komt naar voren dat 4-5 jarige kinderen een groot gedeelte van hun tijd (86%) inactief doorbrengen.  Validiteit van bewegmetingen wordt nader onderzocht.
- 2008: inzicht in (het relatieve belang van) factoren die een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht op jonge leeftijd

Annette Stafleu



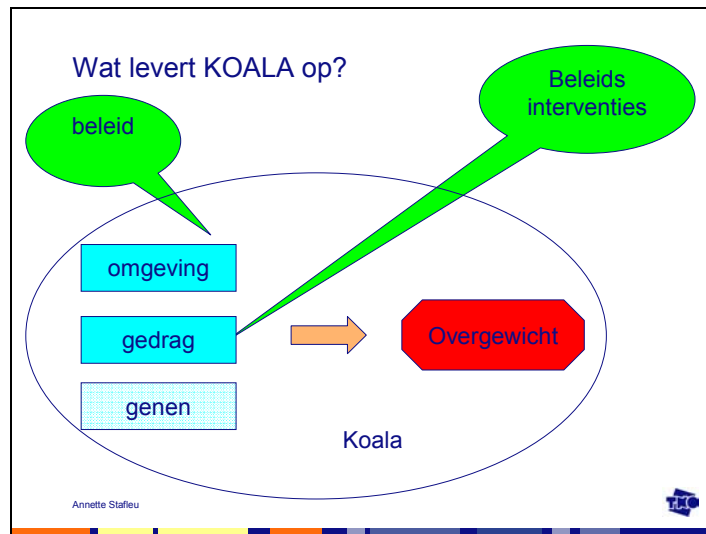
Vervolg

- Anthropometrie kinderen op 6-7 jarigen: 2008
- Data analyse
 1. Factoren op baby/peuterleeftijd en BMI op 4-jarige leeftijd
 2. Cross-sectionele relatie tussen gedrag, voeding, bewegen en BMI op 4/5-jarige leeftijd
 3. Longitudinaal: factoren op 4/5 jarige leeftijd in relatie tot ontwikkeling van BMI op 6/7 jarige leeftijd
 4. Validiteit en betrouwbaarheid van beweegmetingen

Cohort blijven vervolgen= afhankelijk van verdere financiën!

Annette Stafleu





Vragen

- Welke vragen leven er op dit onderwerp in uw organisatie?
- Waar zou u deze vragen willen beleggen?

UNIVERSITEIT

G PowerPoint presentatie Nico van Meeteren



Vraag

- Wat mogen we van ...
 - ... tijdig, ...
 - ... méér ...
 - ... en slimmer ...
 - ... bewegen verwachten?

2 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008 TNO

Trends

Welvaartparadox

- Meer mensen worden ...
 - ... ouder (2050: 4-5 jaart) ...
 - Hygiëne
 - Biomedicine
 - ... en fragieler.
 - Levensstijl:
 - > 25% inactief

TNO KvL Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2003-2004
De Vreede et al. in prep

3 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008 TNO

Trends

Aandoeningen en hun gevolgen bij ouderen

- Chroniciteit
 - Gewrichtsaandoeningen 40%
 - Psychische aandoeningen 15%↑
 - Hartziekten 10%↑
 - Suikerziekte 10%↑↑
 - Longziekten 10%

50% fragiel (multimorbiditeit)
25% vroege mortaliteit

Ongeveer 50% van de zorgconsumptie is het gevolg van ongezonde leefstijl (roken, alcohol, voeding, gebrek aan beweging)

4 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008

Trends

Impakt voeding en beweging op morbiditeit en mortaliteit

Determinanten	Ziekte	Ziekteverzuim & zorg	Overlijden
- Voeding		- Gebruik	- Incidentie
- Bewegen		- Kosten	- Oorzaken

- Unieke kans verificatie *USA-statistics*
 - Nederlandse Cohortstudie (NLCS)
 - TNO en Universiteit Maastricht
 - 120.000 55-69 jarigen (geïncludeerd vanaf 1986)

5 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008

Bewegen

Preventief als 'evidence based' levenselixer

- Openbare ruimte
- Bewegen ... meer, *functioneel* én aan huis




Time	Motor approach	Action approach	Control
Baseline	~46	~48	~48
3 months	~48	~54	~50
9 months	~49	~54	~51

De Vreede et al, 2005


Implementatie: participatie Ouderen, Koepelorganisaties (MKB, KNGF, VvOCM), Overheid (Gemeenten), (Kennis)Instituten (Universiteiten, TNO, NISB, MOVISIE, C&V)

6 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008

Bewegen

Als medicijn bij ... of tijdig vooraf in te nemen ...

- Bij (curatief)
 - Alzheimer
 - Beroerte
 - Perifeer zenuwletsel
 - ...
- Tijdig (secundaire preventie)
 - Major life events ...
 - Risicomanagement

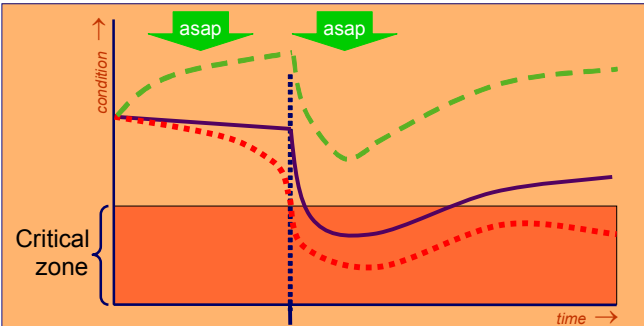


Hopman-Rock et al, 1999

7 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008

Major life events

Partnervlies, ziekte (griep), val, verhuizing, chirurgie, ...



Topp et al, 2002, Van der Sluis et al, 2007

8 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008


Bewegen als Medicijn: chirurgie

Slim en tijdig meer ... : "better in, is better out"

	Jaarlijks
• Gewrichtsvervanging:	44.000
• Hoofd-hals:	9.000
• Hart:	21.000
• Buik:	69.000
• Longen:	10.000
• Oncochirurgie >	34.000

Preoperative Intensive Inspiratory Muscle Training to Prevent Postoperative Pulmonary Complications in High-Risk Patients Undergoing CABG Surgery
A Randomized Clinical Trial

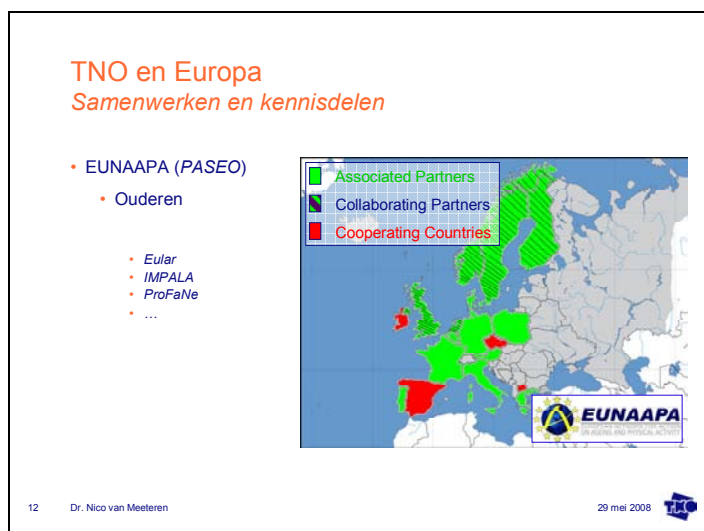
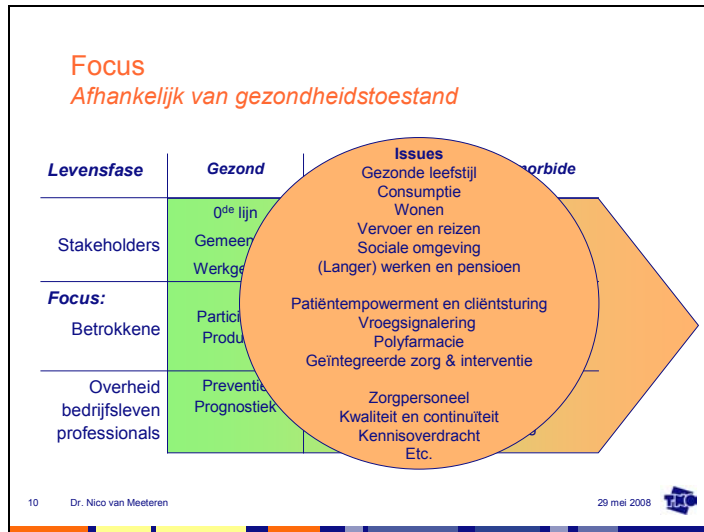
Fuller et al, 2006



Hulzebos et al, 2006

Preoperatieve fysiotherapie (> 2 weken) induceert postoperatief verminderde mortaliteit, morbiditeit en complicaties én verbeterde functionaliteit en conditie bij fragiliteit

9 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008



Ergo ...

- Bewegen:
 - Als *levenswijzer* preventief (primair) ...
 - ... gelegitimeerd ...
 - ... implementeren!
 - Als *medicijn* preventief (secundair en tertiair) en curatief ...
... tot op hoge leeftijd bij (ernstige) fragiliteit ...
 - ... deels gelegitimeerd, dus reeds te implementeren ...
 - ... deels verder te innoveren!

13 Dr. Nico van Meeteren 29 mei 2008 

Vragen

- Welke vragen leven er op dit onderwerp in uw organisatie?
- Waar zou u deze vragen willen beleggen?



THEMA'S VAN LEVENSONDERZOEK, WETENSCHAP EN TOEGANG

14

H PowerPoint presentatie Theo Paulussen



Enkele basale uitgangspunten 1/3

- Overgewicht bij 4 jarigen:
 - 9% van de jongens
 - 16% van de meisjes
- Overgewicht bij 15 jarigen:
 - 17% van de jongens
 - 20% van de meisjes
- Groepen met verhoogd risico:
 - laag schoolniveau
 - allochtone jongeren

Bron: RIVM-rapport: Spelen met Gezondheid (2008)

2 Dr. Theo Paulussen 29 mei 2008

Enkele basale uitgangspunten 2/3

- Overgewicht een gevolg van disbalans tussen voeding en bewegen
- Naast persoonskenmerken houdt een obesogene omgeving overgewicht in stand
- Preventieve interventies met bewezen lange termijn effecten niet of nauwelijks beschikbaar

Bron: RIVM-rapport: Spelen met Gezondheid (2008)

3 Dr. Theo Paulussen 29 mei 2008

Enkele basale uitgangspunten

3/3

- Meeste potentieel verwacht van:
 - Combinatie van primaire- en secundaire preventie
 - Vanuit meerdere leefdomeneinen aangrijpen op zowel persoons- als omgevingsfactoren (integrale multifactoriële aanpak)
- (Leeftijdsafhankelijke) "vindplaatsen"
 - thuis (*ouders wel modelfunctie bij voeding, niet bij bewegen*)
 - JGZ
 - kinderopvang
 - scholen
 - wijk
 - supermarkt
 - sportvereniging
 - etc.



Wat gaan we doen?

- 09.15-10.00: Presentatie voorbeeld-projecten
- Het Automatenproject (voeding op scholen)
Paul Kocken
 - Innovatieve bewegestimulering in de wijk
Ingrid Bakker
- 10.00-11.00: Werken in 2 subgroepen:
1. voorschoolse leeftijd (vanaf -9 mnd tot 4 jr)
 2. schoolse leeftijd (vanaf 4 jr tot 23 jr)
- 11.00-11.15: Pauze
- 11.15-12.15: Plenaire terugkoppeling en discussie



Vraagstelling werkgroepen

Verkennen van (on)mogelijkheden voor ontwikkeling van proeftuin voor innovaties op gebied van bewegen en eten voor kinderen

Subvragen:

1. Zijn er prioritaire subdoelgroepen of settings aan te wijzen?
2. Waar zitten mogelijke hiaten in kennis over gedragsdeterminanten?
3. Welke bestaande interventies kunnen (na enige aanpassing) direct worden ingezet, welke moeten nieuw worden ontwikkeld?
4. Waaraan zou jouw organisatie onder welke voorwaarden kunnen en willen bijdragen?



Vraagstelling plenaire terugkopeling

1. Welke workpackages kunnen zinvol worden onderscheiden om proeftuin in te richten?
2. Wie wil investeren in welk package onder welke voorwaarden?



I PowerPoint presentatie Paul Kocken



Gezondheidsbevordering

School setting/youth health care

- Evaluation of a school-based multi-component intervention to prevent overweight in primary school children
- Evaluation action programme 'Healthy weight'
- Evaluation overweight prevention Cardea Youthcare

General population

- Evaluation public campaign 'Balanceday'
- Evaluation Victory Camp

2

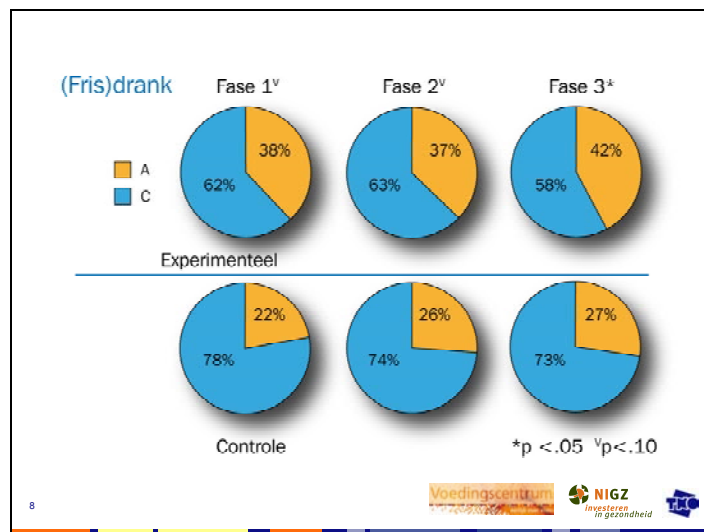
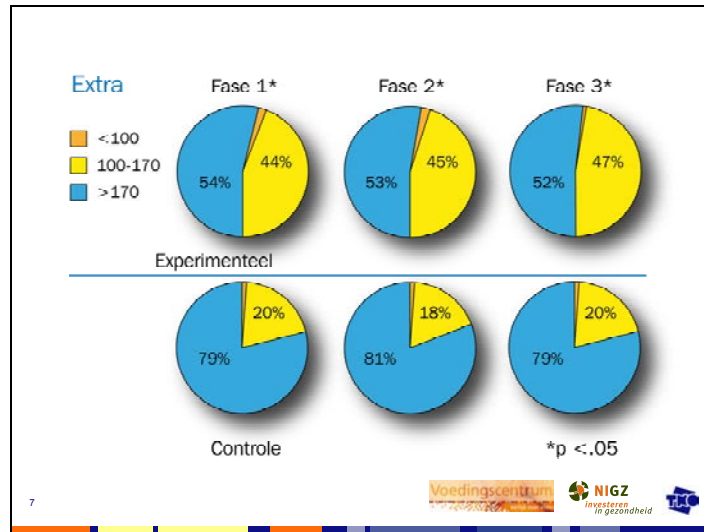


School snack- en frisdrankautomatenproject

- Wat houdt het project in?
- Wat zijn de resultaten?
- Wat kunnen we ervan leren?
- Hoe verder? www.automatischgezonder.nl

3

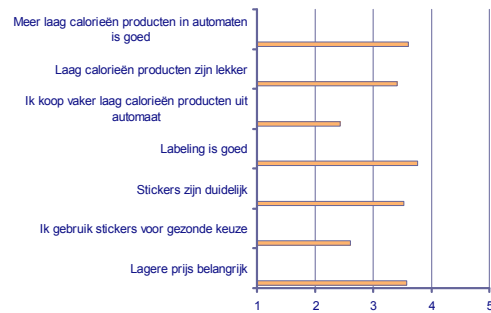




Veel partijen

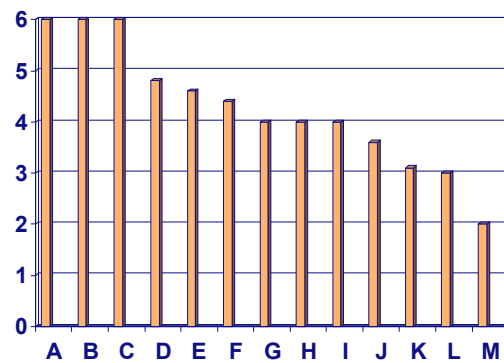
- Klein aantal automaten/cateringfirma's die sterk concurreren, waardoor uitval
- Aanbod van industrie. Ontbreken van producten in segment snoep/koek < 100 kcal
- Scholieren vinden gezonde voeding wel belangrijk, maar vooral voor anderen
- Schoolleiders van eigen beheer scholen zijn gemotiveerder dan schoolleiders die de automaten uitbesteden
- Kantinebeheerders vinden het belangrijk dat aanbod gezonder wordt

Waardering scholieren



10

Mate waarin experiment is uitgevoerd



11

Wat leren we ervan?

- Door samenwerking tussen Voedingscentrum, NIGZ en TNO is een goed resultaat bereikt
- Scholieren kiezen (ook) voor lager caloriehoudende producten na aanpassen van de automaten
- Implementatie op lokaal niveau is niet eenvoudig door vele publieke en private partijen
- Aanpassing van automaten is mogelijk, maar vraagt tijd en aandacht

12

Actiepunten Automatisch gezonder?

Scholen / schoolleiding

- Veranker gezonde voeding en beweging in het schoolbeleid, zodat er structureel aandacht voor blijft. Zet bijvoorbeeld een paragraaf 'voeding en bewegen' in de schoolgids.
- Betrek leerlingen bij de besluitvorming en de uitvoering van een gezondere kantine. Vraag ze bijvoorbeeld om mee te werken in de kantine.
- Stel een 'gezonde school' contract op tussen de school en ouders: scholen zorgen voor een gezond voedingsaanbod en ouders geven gezonde producten mee aan hun kinderen
- Koppel voedingslessen aan de gezonde(re) schoolkantine en blijf deze lessen regelmatig herhalen.

13

Actiepunten Automatisch gezonder?

Lokale overheden en Gezondheidsbevorderende instellingen

- Geef trainingen over gezonde voeding aan kantinebeheerders.
- Pas lesmaterialen over voeding aan voor verschillende opleidingsniveaus.
- Ondersteun scholen lokaal met kennis en praktische handreikingen en help hen bij de implementatie van de 'gezonde school'.
- Stimuleer de schoolleiding om aan de slag te gaan met de gezonde keuze in de schoolkantine en -automaat.



www.automatischgezonder.nl

14

J PowerPoint presentatie Ingrid Bakker



Het Vitale Kind

Inhoud presentatie:

- Stand van zaken (enkele voorbeelden ter illustratie)
- Kansen en mogelijkheden (enkele aanvieligroutes)

... rondom overgewicht en lichamelijke (in)activiteit bij kinderen



Stand van zaken: determinanten



Kansen en mogelijkheden: brede aanpak

- Community benadering:
 - Vgl. EPODE aanpak: Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
- Praktijkproef
 - Bijv. aansluiten bij programma lectoraat 'De Gezonde Stad' (Chr. Hogeschool Windesheim, Zwolle)

4 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: het kind



5 30 september 2008 - het Vitale Kind



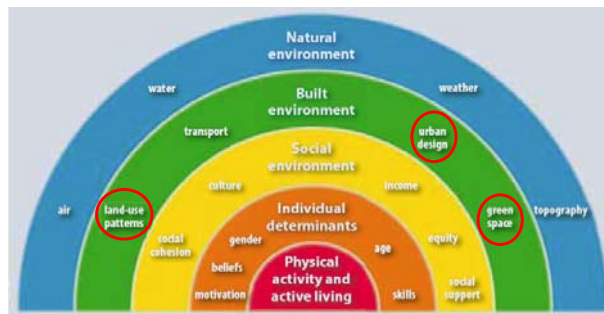
Kansen en mogelijkheden: het kind

- Kennisvermeerdering bij kinderen over Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) m.b.v. kindvriendelijk voorlichtingsmateriaal: **(voeding en) beweegschijf van vijf**
- Casefinding: hoe kunnen we eenvoudig en doeltreffend vaststellen welke kinderen *at risk* zijn?
 - 0-4 jaar; 4-12 jaar; 12-18 jaar
 - Screeningslijsten voor consultatiebureau's, jeugdgezondheidszorg, schoolarts, gymleraar, ...

6 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: de gebouwde omgeving



7 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: de gebouwde omgeving

Vraagstelling:

- **Voormeting 2004/2005:** Welke kenmerken van de buitenruimte van Nederlandse stadswijken *hangen samen* met het beweeggedrag van en prevalentie van overgewicht bij kinderen uit het reguliere basisonderwijs?

Doel: geven van praktische adviezen over mogelijke verbeteringen van stadswijken die leiden tot meer lichamelijke activiteit van kinderen.



8 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken

31% is te dik, waarvan 9% obees

- meisjes: 33% (9%)
- jongens: 28% (9%)
- autochtoon: 21% (4%)
- allochtoon: 34% (13%)
 - Turks 47% (15%)
 - Marokkaans 28% (14%)
 - Surinaams 20% (3%)

97% beweegt te weinig

- slechts 3% behaalt de NNGB (minimaal 60 minuten ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit per dag)

9 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: de gebouwde omgeving



10 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: de gebouwde omgeving

Vraagstelling:

- Voormeting 2004/2005: Welke kenmerken van de buitenruimte van Nederlandse stadswijken *hangen samen* met ...
 - Vervolgmeting 2008/2009: Wat is het *effect* van aanpassingen in de buitenruimte op ...
- ... het beweeggedrag van en prevalentie van overgewicht bij kinderen uit het reguliere basisonderwijs?



11 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: speelvoorzieningen

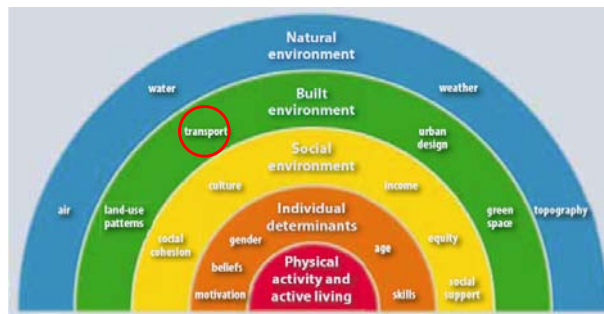
- Kwaliteit ipv kwantiteit
- Succesfactoren voor:
 - Intensiteit/ mate van lichamelijke activiteit (energieverbruik)
 - motorische vaardigheden
 - integratie
 - beweegplezier
 - bezettingsgraad
 - aantrekkingskracht



12 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken: actief transport

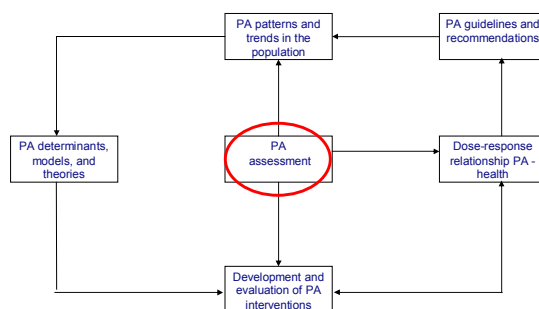


Kansen en mogelijkheden: actief transport

- Stimuleren van actief transport (wandelen en fietsen door de wijk)
 - Veilige fiets- en wandelroutes ('kindlint')
 - Naar school
 - Naar de speelplek
 - Naar de sportaccommodatie
 - ...



Stand van zaken



Tabel A Percentage kinderen dat de NNGB haalt.

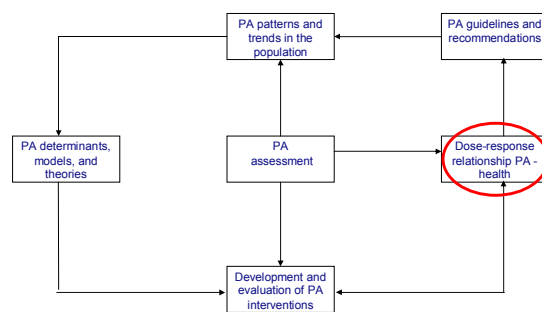
	% inactief	% semi-inactief	% semi-actief	% normactief
Standaardvraagstelling bewegen – multi-componenten NNGB				
Bruil et al., 2004				
Onderbouw	5	10	13	72
Middenbouw	1	7	10	83
Bovenbouw	1	5	8	86
Vogelsang et al., 2006				
Bovenbouw	0	1	2	97
De Vries et al., 2007				
Bovenbouw	2	3	4	90
Hekkert et al., 2007				
7-9 jaar	2	2	9	88
Totaalvraag bewegen – enkel-component NNGB				
Zeijl et al., 2005				
8-12 jaar	21	33	26	20
Hekkert et al., 2007				
7-9 jaar	20	34	36	11
Bewegdagboekje				
De Vries et al., 2005				
6-11 jaar	45	35	17	3
ActiGraph versnellingsmeter				
De Vries et al., 2005				
6-11 jaar	74	13	10	3
Hekkert et al., 2007				
7-9 jaar	100	0	0	0

16 30 september 2008

Kansen en mogelijkheden: meten van bewegen

- Inzicht over invloed en samenhang van verschillende meetmethoden:
 - Vragenlijsten
 - Versnellingsmeters
 - ...

Stand van zaken



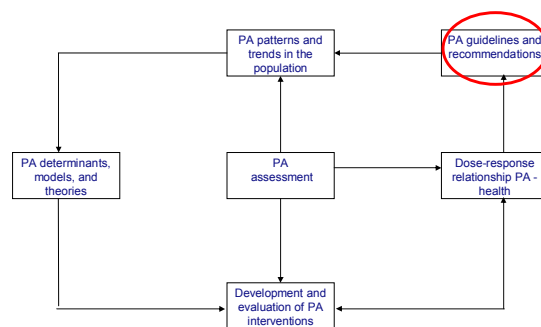
Kansen en mogelijkheden: meten van bewegen

- Inzicht in energieverbruik bij verschillende vormen van inspanning: **beweegcompendium**
 - Kinderen met gezond gewicht
 - Kinderen met overgewicht
- Inzicht in werking van de energiebalans (voeding en bewegen):
 - Bijv. dierexperimenteel onderzoek

19 30 september 2008 - het Vitale Kind



Stand van zaken



20 30 september 2008 - het Vitale Kind



Kansen en mogelijkheden: beweegnorm

- Consensus over:
 - Nederlandse Norm Gezond Bewegen
 - Fitnorm (?)
 - Combinorm (?)
 - Norm voor sedentair gedrag (?)
- Intensiteit, duur, frequentie,
- T.b.v. screening, monitoring, evaluatie, ...
- Kinderen met gezond gewicht
- Kinderen met overgewicht
- 0-4 jaar; 4-12 jaar; 12-18 jaar

21 30 september 2008 - het Vitale Kind



Ingrid Bakker
Sanne de Vries
Paul Schermers
Tinus Jongert



ingrid.bakker@tno.nl
www.tno.nl

22 30 september 2008 - het Vitale Kind



Kansen en mogelijkheden: de gebouwde omgeving

De gevolgen van veranderingen in de gebouwde omgeving doorberekenen in:

- toename van lichamelijke activiteit
- afname in de prevalentie van overgewicht.

Bijvoorbeeld: weg afsluiten, park aanleggen, plaatsen van een speelplek, enz.

Ontwikkeling van een interactief, besluitvorming ondersteunend systeem

23 30 september 2008 - het Vitale Kind



K PowerPoint presentatie Sandra Bausch-Goldbohm

Beweging in de Zorg,
Zorg voor Beweging!

Ook voor (kwetsbare) ouderen

TNO | Kennis voor de praktijk

Sandra Bausch-Goldbohm,
epidemioloog
Team Bewegen & Ouderen

Vergrijzing in cijfers

Hoogtepunt vergrijzing in 2038

	Nu	2038
% 65+	14%	25%
% 80+	4%	9%
Grijze druk	24%	47%
Aantal dementen	200.000	500.000

2 Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg TNO Kwaliteit van Leven, 30 september 2008

(Gezonde) levensverwachting in Nederland

	Mannen		Vrouwen	
	2003	1989-2003 ^a	2003	1989-2003 ^a
Levensverwachting	76,2	+ 2,5	80,9	+ 0,8
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	62,2	+ 2,1	61,1	n.s.
Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen	69,9	+ 6,0	69,8	+ 6,7
HALE ^b	67,7		70,9	

^a Alle veranderingen: significante trend ($p < 0,05$); n.s. = niet significant.
^b HALE = Health Adjusted Life Expectancy is gebaseerd op DALY's. Er zijn geen trendgegevens over de HALE bekend.

Bron: Zorg voor gezondheid. VTV 2006

3 Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg TNO Kwaliteit van Leven, 30 september 2008

Belangrijkste aandoeningen onder ouderen

- Gewrichtsaandoeningen 40%
- Psychische aandoeningen 15%
- Hartziekten 10%
- Suikerziekte 10%
- Chronische longziekten 10%

Ongeveer 50 % van de zorgconsumptie is het gevolg van ongezonde leefstijl (roken, alcohol, voeding, gebrek aan beweging)

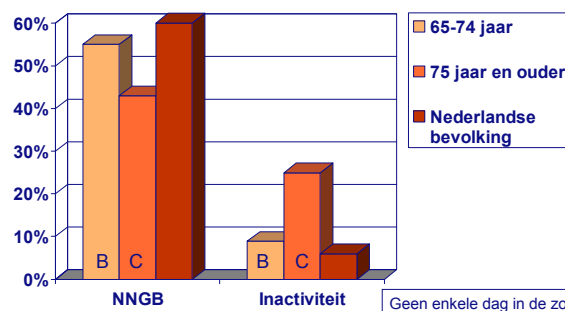


Top 6 ADL-activiteiten waarin de meeste beperkingen optreden bij mensen > 55 jaar (CBS, Pols) :

1. 5 kg dragen over 10 m (29 %);
2. 400 m lopen (19,6 %);
3. Opstaan uit een stoel (18,3 %);
4. Verplaatsen buitenshuis (17,5 %);
5. Traplopen, op en af (16,3 %);
6. Buigen, iets van de grond oprapen (15,8 %)

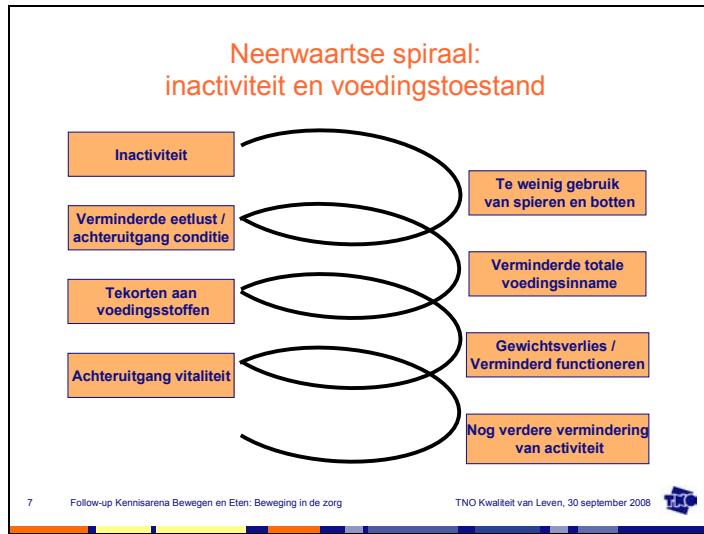


Lichamelijke activiteit onder ouderen



Geen enkele dag in de zomer en winter tenminste 30 minuten matig intensief lichamelijk actief





Wetenschappelijke inzichten over bewegen

Mate van bewijs	Gezondheidsparameters	Ontstaan van ziekten (primaire preventie)	Beloop van ziekten (tertiaire preventie)
Overtuigend bewijs positief effect (+++)	Lichaamsgewicht Vetpercentage Bloeddruk HDL/LDL cholesterol Glucosetolerantie Insulinegevoeligheid Botdichtheid Staappatroon	Hart- en vaatziekten Diabetes mellitus II Overgewicht Osteoporose	Coronaire hartziekten Diabetes mellitus II Overgewicht
Sterke aanwijzingen positief effect (++)		Beroerte Depressie Colonkanker Borstkanker	CARA Osteoporose Beroerte Angst en depressie Reumatoïde artritis Epilepsie Cystic fibrosis
Aanwijzingen positief effect (+)	Coördinatie Reactiesnelheid,-vermogen Geheugen Psychosociaal welbevinden Zelfredzaamheid Zelfvertrouwen Zelfwaarde		Artrose Bekkeninstabiliteit Nierziekten Lage rugpijn Ziekte van Parkinson Lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicap

8 Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg TNO Kwaliteit van Leven, 30 september 2008

- ### Maar: toepassing van deze kennis is niet optimaal
- Doelgroep (inactieve ouderen en ouderen met functiebeperking en/of verhoogd valrisico) wordt onvoldoende bereikt
 - Als het kalf verdronken is... Pas aandacht na valincident met ziekenhuisopname
 - Veel bewegprogramma's voor ouderen beschikbaar, maar lang niet allemaal evidence-based en van voldoende kwaliteit
 - Participatie in bewegprogramma's onvoldoende
 - Balans tussen veiligheid en beweegstimulering nodig
- 9 Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg TNO Kwaliteit van Leven, 30 september 2008

Oplossingsrichtingen

1. Vroegsignalering van ouderen met een beweegprobleem en/of een (onder)voedingsprobleem
2. Selectie en implementatie van effectieve beweeginterventies
3. Kwaliteitsverbetering beweeginterventies (gericht op effectiviteit en participatie)
4. Integratie van het op de individuele oudere afgestemde traject (van vroegsignalering tot en met interventie)
5. Coördinator (fysiotherapeut?)



Doelen

1. Behouden of verbeteren
 - Functies en conditie
 - Zelfredzaamheid
 - Sociale participatie
 - Kwaliteit van leven
2. Reduceren
 - Valrisico
 - Conditieverslechtering en complicaties bij operatieve ingrepen en andere major life events

Te monitoren via (bestaande) prestatie-indicatoren



Randvoorwaarden

- Evidence-based (alle onderdelen en de keten)
- Aanbod aansluitend bij (fysieke) behoeften en wensen oudere (maatwerk!)
- Aanvaardbare kosten, kosten-effectief
- Aanvaardbare personeelsinzet



Spelers

- Gemeenten (met name WMO)
- Zorgaanbieders (met name fysiotherapeuten, thuiszorg, verder huisartsen en praktijkondersteuners, diëtisten en tandartsen)
- Zorgverzekeraars
- Ouderen- en Patiëntenorganisaties
- Bedrijven (ICT, gaming, fitness industrie,)
-



Mogelijke samenwerking TNO en partners: Voorbeeld 1

Ontwikkeling vroegsignaleringsinstrument

- Laag-drempelig, weinig inbreuk en belasting
- Lage kosten
- Goede predictieve waarde
- Observatie en/of vragenlijst en/of eenvoudige test (ICT-oplossingen?)
- Eventueel getrap
- Te gebruiken in verschillende settings



Mogelijke samenwerking TNO en partners: Voorbeeld 2

Ontwerp van de beweegstimuleringsketen voor ouderen

- Doorrekenen en optimalisering van de kosten
- Afstemming en optimale inzet van zorgaanbieders
- Beweegwijzer (keuzehulp voor de cliënt en zorgaanbieders)



Voorbeeld 3: Voorstel voor workshop:

Waar ligt de grens (of balans) tussen het creëren van een veilige en comfortabele omgeving en het inbouwen van prikkels om te bewegen en (zodoende) functies te behouden?



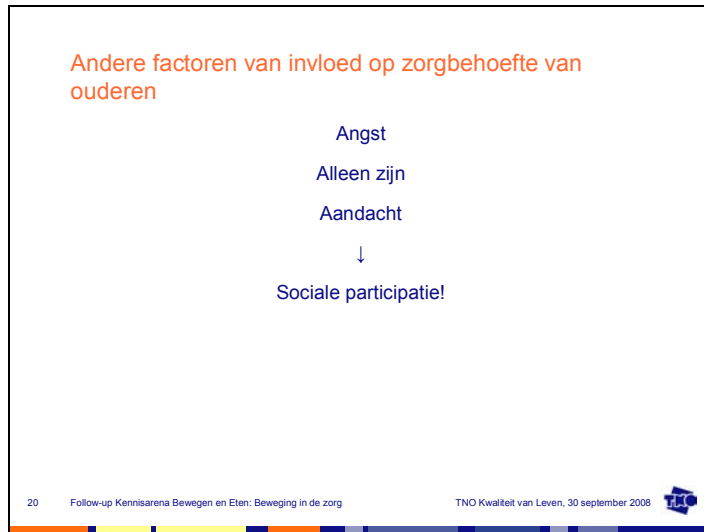
Met bijdragen van:

- Gert Jan Wijlhuizen
- Paul de Vreede
- Astrid Chorus
- Tinus Jongert
- Janneke van Reeuwijk
- Meike Smit



Speelplaats voor ouderen





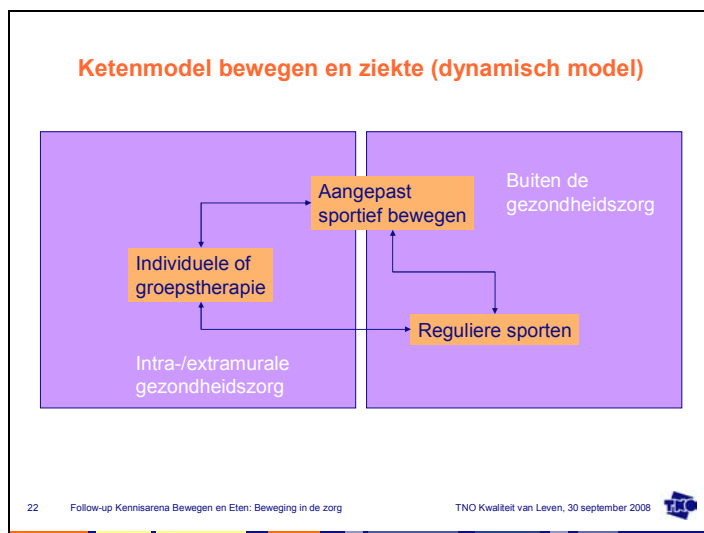
Focus afhankelijk van levensfase/gezondheidstoestand

Levensfase	gezond	kwetsbaar	(co)morbiditeit
Stakeholders	0 ^{de} lijn; Gemeenten (gez. b... We...	1 ^{ste} lijn; (we)	lijn; ...
Focus betrockene	pal (ook "genieten	Uitstel zorgkosten	Consump effecte
Focus overheid, bedrijfsleven, professionals	Preventie (gezond leven), (arbeids-) participatie		

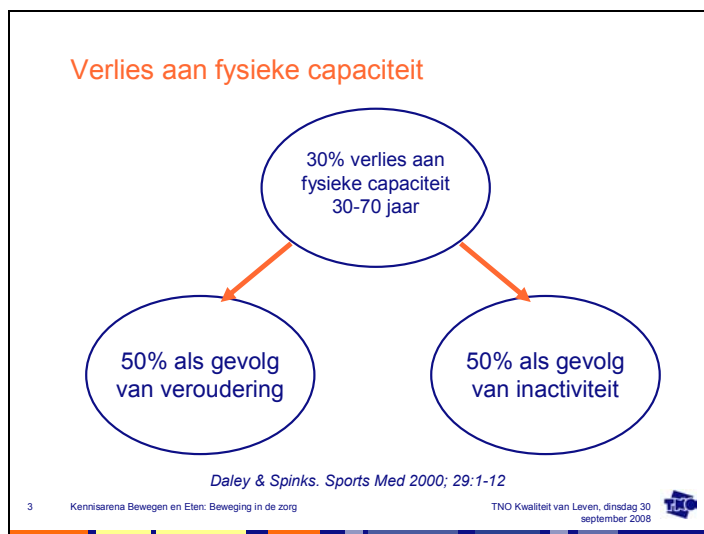
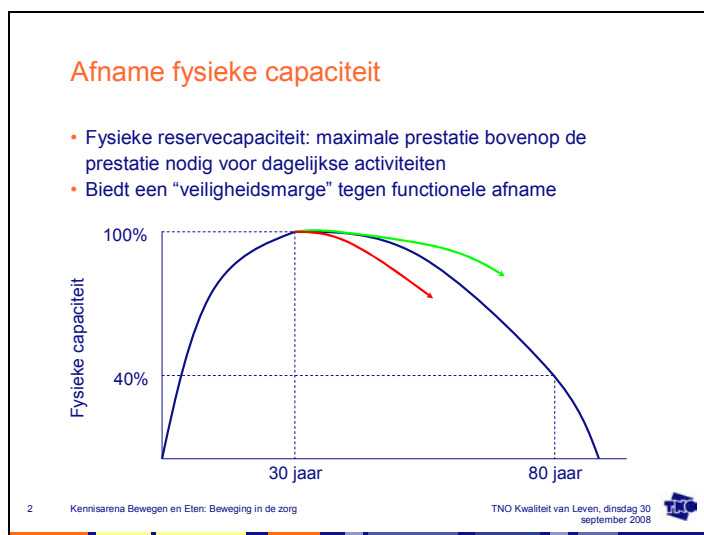
Geïntegreerde zorg
 Cliëntsturing
 Wonen
 Zorgpersoneel
 Polyfarmacie

Vroegsignalering
 Geïntegreerde zorg & interventie
 Cliëntsturing
 Wonen
 Vervoer
 Sociale omgeving
 Polyfarmacie

21 Follow-up Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg TNO Kwaliteit van Leven, 30 september 2008



L PowerPoint presentatie Paul de Vreede



Effect trainingsprogramma's voor ouderen

Training	uitkomst	positief resultaat	geen verandering
Kracht	Kracht	28	3
Kracht	Lopen	12	8
Kracht	Balans	1	6
Kracht	Functie	6	7

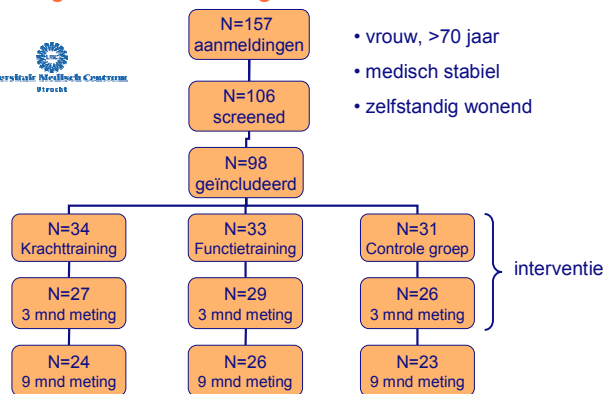
- Meeste programma's spierkracht, balans, flexibiliteit
- Weinig effect op uitvoer van functionele taken
- Effecten bekijken nauwelijks na beëindiging programma

4 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg

TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008



Taakgericht vs. krachtgericht trainen



5 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg

TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008



Functionele Taken Training (FUNTEX)

- Trainingen gericht op voor dagelijkse activiteiten waar ouderen hulpbehoevend in zijn:
 - Traplopen / buitenshuis lopen
 - Boodschappen doen / 5kg dragen
 - Schoonmaken (in huis)
 - Zich wassen / kleden
 - Opstaan uit Bed / van een stoel

6 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg

TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008



Funtex: training opstappen / traplopen



7 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg
TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008 

Meten van spierkracht en uitvoeren dagelijkse activiteiten



Assessment of Daily Activity Performance (ADAP) test
De Vreede et al. Aging Clin Exp Res. 2006;18:325-333

Kracht bovenbenen

8 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg
TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008 

Effect FUNTEX 1


Gemiddelde Kniestrekkracht

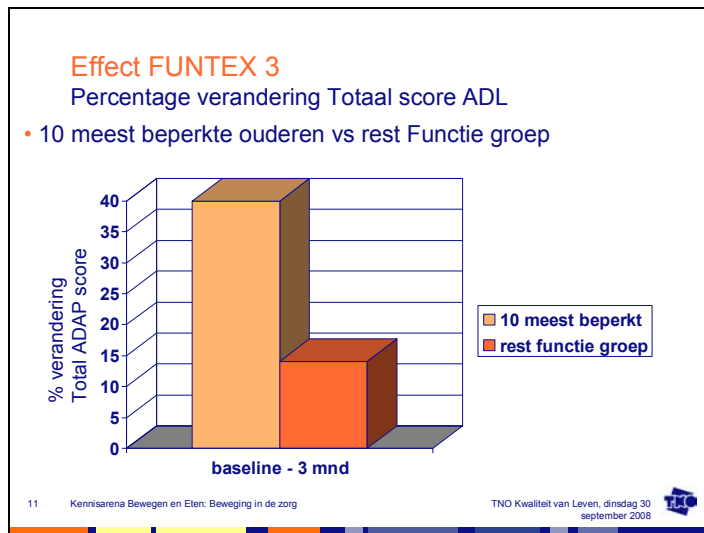
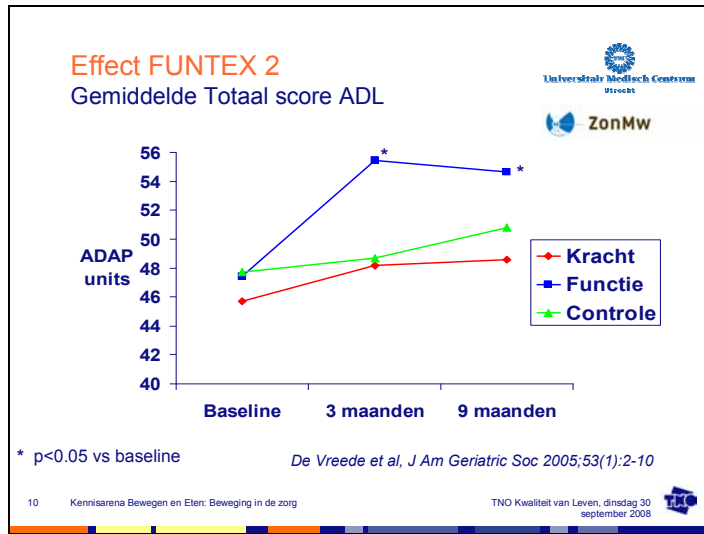



Group	Baseline	3 maanden	9 maanden
Kracht (red diamonds)	~295	~325*	~298
Functie (blue squares)	~305	~302	~298
Controle (green triangles)	~305	~305	~308

* $p < 0.05$ vs baseline
 † $p < 0.05$ vs 3 maanden

De Vreede et al, J Am Geriatric Soc 2005;53(1):2-10

9 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg
TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008 



Oefenboek en Handleiding FUNTEX

- TNO Bewegen en Gezondheid ontwikkelde Oefenboek en Handleiding voor FUNTEX programma
- Aangepast naar aanleiding van
 - effectstudie
 - advies therapeuten
 - vragenlijsten oudere deelnemers

12 Kennisarena Bewegen en Eten: Beweging in de zorg TNO Kwaliteit van Leven, dinsdag 30 september 2008

Mogelijke vervolgtrajecten

- Ontwikkeling cursus voor aanbieders
- Proefimplementatie FUNTEX (ZonMw aanvraag)
- Inpassen FUNTEX in aanbod beweegprogramma's voor ouderen
- Toepassing FUNTEX methode bij speciale doelgroepen
 - Funtex thuis (fragiele ouderen)
NPO Aanvraag via Geriatrisch Netwerk Zuid-Holland Noord
 - Pre-operatieve fysiotherapie
 - Funtex voor verpleeghuisbewoners
 - Funtex voor patiëntengroepen (bv artrose)



M PowerPoint presentatie Meike Smit

Keteninnovatie in de zorg

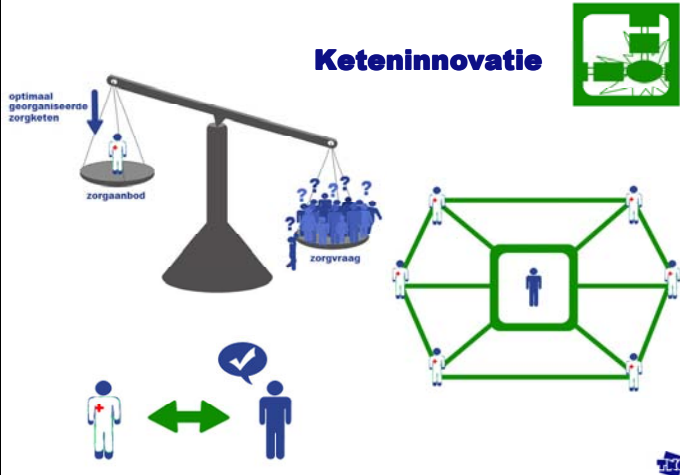


Partnerdag Bewegen en eten

30 september 2008

Meike Smit




Keteninnovatie

Het doel van Keteninnovatie

Keteninnovatie is het optimaliseren van de inrichting van de zorgketen/het zorgnetwerk met als doel:

- Optimaliseren kwaliteit van leven patiënt
- Verbetering kwaliteit zorg
- Verbetering efficiëntie
- Verbetering kwaliteit arbeid

Voor patiënten de juiste dingen doen op de juiste manier, tijd en plaats, in een multidisciplinair zorgnetwerk (-keten) met bevoegen personeel.






Expertise

Prognose instrumenten en zorgscenariomodellen

- Ontwikkeling zorgvraag/omvang zorgaanbod

Innoveren van het zorgnetwerk (zorgketen)

- Kwaliteit
- Technologie
- Organisatie
- Personeel
- Kosten Baten Analyse

Informatie-uitwisseling EPD



Concrete instrumenten

- Kwaliteitskader Ketenzorg
- Prognose instrumenten
- Meetinstrument arbeidsinnovatie
- Kosten-baten instrument
- Dynamische procesmodellering



Meetinstrumenten

Effect van innovatie op:

- Arbeidsproductiviteit
- Kwaliteit van zorg
- Kwaliteit van arbeid

- Ontwikkeling: van 'zelf doe' instrument voor keteninnovatie in zorgnetwerken

<http://arbprod.arbeidtools.nl>



Dynamische procesmodellering



In beeld brengen van werkprocessen met **simulatie in de tijd**, rekening houdend met

- Fluctuerende zorgvraag en zorgaanbod
- Variatie in behandel tijden
- Interactie tussen werkprocessen

Gericht op **bedrijfsmatige, 'logistieke' prestaties** van zorgnetwerken en -ketens:

- Welk effect op doorlooptijden?
- Welk effect op inzet van mensen?
- ... en dus op kosten.

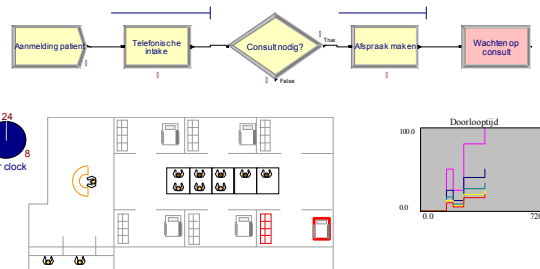


Dynamische procesmodellering



Meerwaarde dynamische procesmodellering:

- Inzicht in dynamiek en interactie van werkprocessen
- Experimenteren met varianten en scenario's
- Visualisatie van werkprocessen door animatie



Dynamische procesmodellering



Experimenteren: Wat is het effect op tijd, capaciteit?

Wat als we:

- Meer/minder/anders mensen inzetten?
- Werkprocessen anders inrichten?
- Communicatie versnellen met ICT?

Wat als er:

- Meer/minder patiënten zijn dan verwacht?
- Kritische processen mee/tegen vallen?
- ...





Voorbeeld keteninnovatie: Dementiezorg




Noodzaak keteninnovatie Dementiezorg

Toename aantal ouderen

Toename dementie

Complexe zorgvraag (Multimorbiditeit)




Meerdere zorgaanbieders

Samenwerking en informatie-uitwisseling niet optimaal


Personele tekorten

Gewenste/vereiste zorg niet altijd geboden

Optimaliseren van zorgnetwerken rondom dementie

Strategiebepaling	Vaststellen van kwaliteit	Analyse werkprocessen	Oplossingen	Kosten en baten
	Kwaliteitskader ketenzorg, zorgstandaard	Doorloop proces patiënt	Organisatie: dynamische procesmodellering	Arbeidsproductiviteit
		Wachttijden en inefficiënties	Technologie	Kwaliteit
		Kwaliteit waarborging	Personeel	Bedrijfseconomisch



Kortom
Keteninnovatie ons onderwerp



Meer info
meike.smit@tno.nl



N PowerPoint presentatie Mathieu de Greef



The effects of goal implementation counseling on DPA and fitness in low intrinsic motivated sedentary older adults in the Netherlands

Mathieu de Greef PhD
www.coachmethode.nl

COACH METHODE

 **rijksuniversiteit groningen**  **UMCG**

Center Human Movement Sciences
University Medical Center Groningen (UMCG)
University of Groningen, the Netherlands


Goal implementation counseling as a strategy to enhance PA in sedentary low intrinsic motivated older adults


A majority (65%) of sedentary older adults is low intrinsically motivated to enhance their physical activity (PA)


Response is low and drop out is high in PA enhancement programs in this target group

Goal implementation counseling (GIC) is a successful behavioral change strategy in health related goal pursuit (Gollwitzer, 1999)

What are the benefits of the GIC strategy in behavioral change in sedentary low intrinsically motivated older adults (> 55 year)





 **rijksuniversiteit groningen**




Goal implementation counseling

FOCUS	SELF REGULATION	CHANGE MECHANISMS	4 SESSIONS
low-intrinsically motivated Home to home visit & selection* Slogan You can change, We know how	Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991) Goal setting and Implementation strategy (Gollwitzer, 1996, 1998) Learning styles model (Kolb,)	challenging goal time specific action Priming effect (automatic control of instant habits) Self-monitoring & feedback	Motivation & goal-Setting Milestones and how to implement them Implementing challenging goals Copingstrategies

* lowest tertile RAI score of the SRQR-E


  **rijksuniversiteit groningen**



Research questions

What are the effects of a goal implementation counseling on daily physical activity and physical fitness in low intrinsically motivated sedentary older adults (55-70 year)?

What is the difference in the enhancement of daily physical activity between an individual and a group counseling program?





methods

design: RCT

```

    graph TD
      A[design: RCT] --> B[inclusion criteria  
age 55-70 year  
sedentary (SOC)  
low intrinsically  
motivated (SRQ-E)*]
      A --> C[enrolled  
473 older adults  
292 experimental  
181 control]
      B --> C
      C --> D[intervention  
GIS counseling in  
walking, cycling  
15 weeks, 4 sessions]
      D --> E[outcome measures  
DPA, Physical fitness, QOL,  
motivation]
      E --> F[Statistical analysis  
ANOVA, discriminant  
analysis, ES calculation]
    
```

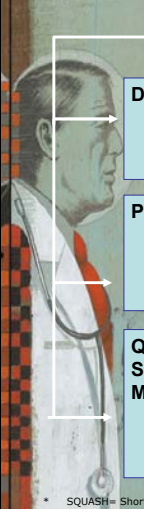

* lowest tertile RAI score of SRQ-E

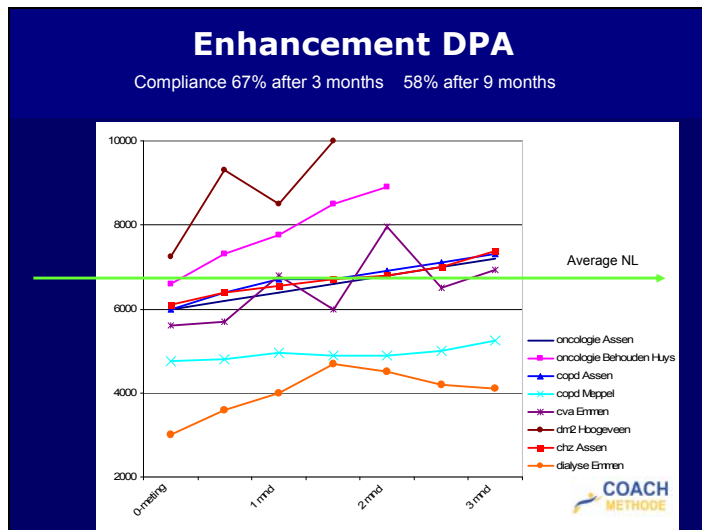
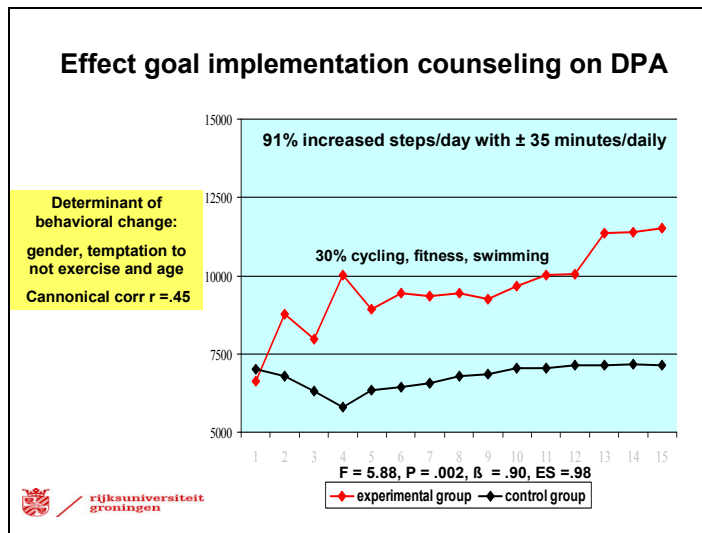
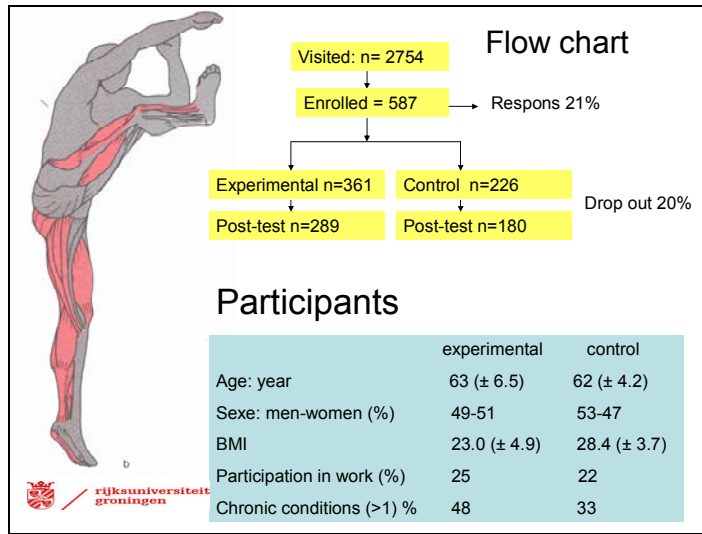



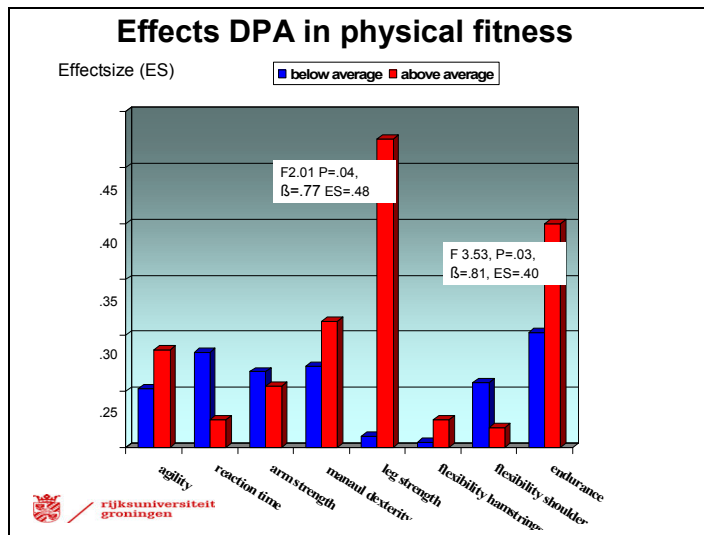
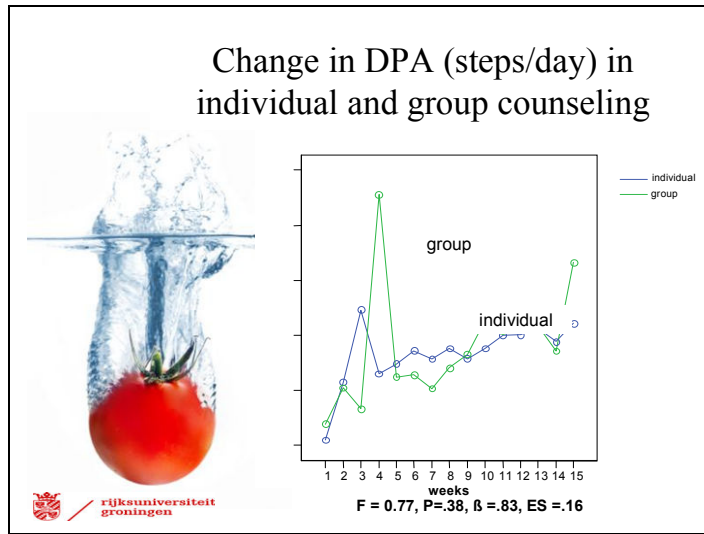
measurements

<p>Daily physical activity</p>	<p>Digiwalker pedometer (Schneider et al 2004) - SQUASH* (Wendel-Vos et al 2002) - Stage of Change (Marcus & Simkin 1993)</p>
<p>Physical fitness</p>	<p>Senior Fitness Test (Rikli & Jones 2001) Leg strength, Flexibility shoulders, Arm curl Agility, Endurance Groninger fitness Test (Lemmink, 1996) Flexibility hamstrings, manual dexterity</p>
<p>Quality of life Self-Efficacy Motivation</p>	<p>Rand-36 (van der Zee et al 2003) LIVAS** (Bosscher et al 1993) Self Regulation Questionnaire for Exercise (SRQ-E) (Grolnic et al, 1989, Williams) Temptation to not Exercise (Hausenblas 2002)</p>

* SQUASH = Short Questionnaire to Assess Health enhancing physical activity
** LIVAS = Dutch version of Physical Ability subscale of the Physical Self-Efficacy Scale (Ryker)





Conclusions

Goal implementation counseling does enhance DPA sedentary in not intrinsically motivated, older adults significantly ($p < .05$, $d = .80$)

No statistical significant effect on DPA was found between individual and group counseling ($p > .05$)

Increase in DPA affects leg strength and endurance ($p < .05$; ES $> .40$)



rijksuniversiteit groningen

Discussion

Motivation is a dynamic phenomenon. Changes in motivation are not well documented and poorly understood

Compliance is a primitive indicator of a complex behavioral change proces. Physical activity is a cycle of more and less active and the time span in sedentary subjects in shorter than in exercisers

Self-regulation in health behavior tends to be domain specific. Why are the transfer effects between exercise and dieet, smoking limited




Implementation strategy GIC exercise counseling in the Netherlands

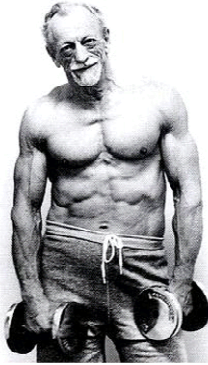
1. Implementation in NASB impuls campaign setting
 - municipalities (SMALL project: older adults 55-85 year),
 - health care settings*: physiotherapy, GPA setting, hospitals
 - work related settings (joint venture Safety, Health & Welfare services)
2. Innovation behavioral modification strategies
 - cognitive reframing in A-motivated sedentary older adults
 - self regulation counseling strategy (enhancement compliance)

* Target groups: Diabetes type II, COPD, CHD, CRF, LTx, RTx, RA, Cancer

Me Jane



Me Tarzan



Growing old is not for sissies