

Divisie Bewegen en Gezondheid  
Gorter gebouw  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 18 18  
F 071 518 19 20  
[info-B&G@pg.tno.nl](mailto:info-B&G@pg.tno.nl)

**TNO-rapport**

**PG/B&G 2003.266**

**De ZORGmethode**

**Implementatie van sport- en bewegingsprojecten**

**voor mensen met een chronische aandoening.**

**Een monitorstudie.**

Datum	november 2003
Auteur(s)	M. Stiggelbout W.T.M. Ooijendijk H. Leutscher (NebasNsg)
Aantal pagina's	101
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	NebasNsg
Projectnummer	011.41133
Fotografie	Inge Hondebrink



Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande 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 onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

Auteurs:

M. Stiggelbout

W.T.M. Ooijendijk

H. Leutscher

Projectnummer

011.41133

ISBN nummer

90-5986-039-X

## Dankwoord

Dit project is gefinancierd door ZonMw, het VSB Fonds, de Stichting Beatrixoord, de Maag Lever Darm Stichting en NebasNsg, waarvoor wij hen hartelijk dank zeggen.

De uitvoering van het project is mede mogelijk geweest door de enthousiaste medewerking van een groot aantal mensen. In het bijzonder willen wij hierbij noemen Mevr E. Stiggelbout-de Groot die de logistiek van het veldwerk voor haar rekening heeft genomen en tevens heeft zorggedragen voor de invoer van de gegevens. Paula van Dommelen die de algemene statistische ondersteuning heeft verleend. Laura Haaksma, Aline van der Feen, Jelske Besemer en Marinka Kempenaar die de telefonische interviews voor hun rekening hebben genomen. Kerstin van Overbeek die de extra interviews en rapportage met betrekking tot de speciale groepen in Utrecht heeft verzorgd. We danken het secretariaat van Beweging & Gezondheid van TNO-PG voor de ondersteuning

Ook de deelnemers aan de expert meeting hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van het rapport.

Marijke Hopman-Rock (TNO-PG) en Erik Bos (NebasNsg) worden van harte bedankt voor hun constructieve commentaren bij het tot stand komen van het rapport.

Het succes van de ZORGmethode wordt in belangrijke mate bepaald door de inzet van de projectleiders en coördinatoren van de projecten en begeleiders van de ZORGmethode groepen. Daarvoor zijn wij hen erkentelijk. Tenslotte bedanken we uiteraard alle deelnemers aan de ZORGmethode groepen voor hun bijdrage aan het onderzoek.



## Voorwoord

Plezier hebben, sportief met anderen bezig zijn, je niet geïsoleerd voelen, grenzen verleggen, lekker moe worden én lachen zijn belangrijke aspecten van het dagelijkse leven. Ook voor mensen met chronische aandoeningen is het mogelijk om op een sportieve(re) manier hun vrije tijd door te brengen. Decennia lang werd het mensen met chronische aandoeningen afgeraden sportief te bewegen. Angst voor gezondheidsschade én de onbekendheid met het fenomeen 'sporten met een chronische aandoening', waren daar de oorzaak van.

Naarmate het wetenschappelijk onderzoek toenam, werd duidelijk dat sportief bewegen juist géén gezondheidsschade, maar gezondheidswinst kan opleveren. Sport- en bewegingsactiviteiten zijn voor mensen met chronische aandoeningen niet alleen van belang om de lichamelijke conditie op peil te houden of te verbeteren. Het is ook een middel om het maatschappelijke integratieproces te verbeteren. Behalve de lichamelijke positieve effecten, levert het minstens zo belangrijke psychosociale voordelen op.

NebasNsg heeft een uitgekende methode ontwikkeld om dit ook voor mensen met een chronische aandoening mogelijk te maken. Het motto is daarbij: 'Bewegen is plezier'. Het is van het grootste belang dat het sportief bewegen voor mensen met een chronische aandoening op een verantwoorde manier plaatsvindt. Dus rekening houdend met de mogelijkheden en onmogelijkheden van de potentiële deelnemers. Daarom is de ZORGmethode ontwikkeld. Het is een samenwerkingsproject tussen patiëntenverenigingen, artsen en specialisten van ziekenhuizen, revalidatiecentra, zorginstellingen, gemeenten en de sportverenigingen.

Om de haalbaarheid van de landelijke implementatie van de ZORGmethode te onderzoeken en om aan te geven waar verbeteringen gewenst en noodzakelijk zijn in het programma, heeft NebasNsg aan TNO Preventie en Gezondheid gevraagd om een Monitorstudie uit te voeren. Dit rapport is de neerslag van deze Monitorstudie. Aan de hand van de resultaten van deze studie zal NebasNsg de komende jaren toewerken naar een verbetering van de ZORGmethode en een landelijke implementatie van het programma trachten te realiseren, zodat zoveel mogelijk mensen met een chronische aandoening kunnen profiteren van de voordelen van sportief bewegen.

Drs. Erik de Winter,  
Directeur NebasNsg



## Samenvatting

### Achtergrond

NebasNsg heeft een methode ontwikkeld om het bewegen van mensen met een chronische aandoening te bevorderen: de ZORGmethode. Deze methode is erop gericht om via een specifieke benaderings- en stimuleringsmethodiek meer mensen met een chronische aandoening sportief aan het bewegen te krijgen. De ZORGmethode activiteiten worden in principe eenmaal per week groepsgewijs aangeboden en duren een uur. De activiteiten in het kader van dit project duren in principe 18 maanden. Daarna dienen de groepen ingebed te worden in regulier sport- en bewegingsaanbod bij sportverenigingen en/of vergelijkbare organisaties.

Het plan is om de ZORGmethode landelijk verder te implementeren. Vooruitlopend op deze landelijke implementatie is eerst een onderzoeksproject uitgevoerd. Hoofddoelstelling van dit project is het opzetten en vervolgens structureel onderbrengen van 24 bewegingsgroepen (2 per provincie) voor circa 480 mensen met chronische aandoeningen. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een infrastructuur die door NebasNsg en de provinciale sportraden in de afgelopen jaren is ontwikkeld.

### Monitorstudie

Om na te gaan wat knelpunten en verbeterpunten zijn bij de landelijke implementatie en om tevens de effecten te meten van de ZORGmethode is het project begeleid door een monitorstudie, uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid. In de monitorstudie is onder meer ingegaan op de kwaliteit van leven, de sociale participatie en algemene tevredenheid bij deelnemers. Op grond hiervan kunnen de werving van nieuwe deelnemers, de inhoud van het programma en de organisatie desgewenst worden bijgestuurd.

### Onderzoeksvragen

In de Monitorstudie worden de volgende vragen beantwoord:

- Welke groepen chronische zieken participeren in de ZORGmethode?
- Via welke kanalen vindt de aanmelding plaats (revalidatiecentra, ziekenhuizen, patiënten verenigingen, etc.)?
- Wat zijn de verwachtingen van de deelnemers, wordt deelname ondersteund door de sociale omgeving?
- Welke effecten heeft het programma op de (blijvende) sport- en beweegdeelname van de deelnemers?
- In hoeverre ervaren de deelnemers de sportactiviteiten als plezierig?
- Heeft het deelnemen aan de ZORGmethode effecten op de kwaliteit van leven (met name op de volgende dimensies: sociaal, fysiek, psychisch functioneren)?
- Wat zijn de eventuele motieven om te stoppen met deelname?
- Welke onderdelen van het programma worden het meest gewaardeerd?
- Welke problemen ondervinden de groepen in de loop van het project?
- Wat is goed en wat dient te worden verbeterd aan de ZORGmethode?

### Aantal groepen en groepsomvang

De ZORGmethode blijkt een geschikte methode om een grote groep mensen met chronische aandoeningen vanuit de revalidatie setting sportief actief te krijgen. Het doel van het project was om vanuit 24 projecten circa 480 mensen met een chronische aandoening te werven voor het programma. Daarbij is uitgegaan van gemiddeld 20

deelnemers per project. Uiteindelijk zijn in totaal in 27 projecten 384 deelnemers gestart. Het gemiddelde aantal deelnemers per project komt hiermee op 14. Het beoogde aantal van 24 projecten is ruimschoots gehaald. Ook zijn alle 12 provincies betrokken in de spreiding van de groepen. Dat het aantal van 480 deelnemers niet wordt gehaald heeft in belangrijke mate te maken met het feit dat de uiteindelijke groepen kleiner zijn dan verwacht. Dit is een belangrijk aspect waar men rekening mee dient te houden bij de opzet van nieuwe groepen in de toekomst.

### **Chronische aandoeningen van de deelnemers**

In het onderzoeksproject is een aantal groepen voor specifieke chronische aandoeningen opgenomen, zoals CVA (10 groepen), kanker (4 groepen), fibromyalgie (2 groepen), ziekte van Parkinson (2 groepen), chronische pijn (2 groepen), multiple sclerose (1 groep), maag, lever en darmaandoeningen (1 tennisgroep), reumatische aandoeningen (1 groep), diverse chronische aandoeningen (2 groepen) en divers aanbod voor fibromyalgie en whiplash (2 groepen).

De chronische aandoeningen waarbij de meeste deelnemers in de monitorstudie participeren zijn kanker (25%), fibromyalgie (23%), chronische pijn/rugaandoeningen (22%), CVA (19%), ziekte van Parkinson (8%), multiple sclerose (7%) en whiplash (7%). Er was bij 55% van de deelnemers sprake van co-morbiditeit.

### **Aanmeldingskanalen**

De meeste deelnemers aan de ZORGmethode zijn via een patiëntenvereniging in aanraking gekomen met het programma. Ook zijn relatief veel deelnemers via het ziekenhuis resp. een revalidatiecentrum doorgestuurd.

### **Verwachtingen van de deelnemers**

Deelnemers verwachten via de ZORGmethode vooral hun gezondheid (91%) en conditie (86%) te verbeteren. Verder verwachten deelnemers ontspanning (72%) en plezier (68%) te beleven aan de ZORGmethode. Men sluit zich dikwijls aan bij de groepen vanwege de goede kwaliteit van de begeleiding (67%). Men sluit zich ook aan bij de ZORGmethode om goede sociale contacten op te bouwen (56%), lekker samen met anderen te sporten (55%) en meer zelfvertrouwen op te bouwen (40%).

### **Ondersteuning sociale omgeving**

Deelnemers aan de ZORGmethode ontvangen voornamelijk steun van hun partner (79%). De steun van 'hun overige familieleden' (42%) en hun 'vrienden en kennissen' (27%) worden minder frequent genoemd. Wanneer naar specifieke aandoeningen wordt gekeken valt op dat CVA patiënten, mensen met de ziekte van Parkinson (87%) en MS-patiënten (80%) iets meer steun ontvangen van hun omgeving, terwijl fibromyalgie patiënten, artrosepatiënten (74%), kankerpatiënten (72%) en mensen met rugaandoeningen (64%) wat minder steun ontvangen van hun omgeving.

### **Effecten op (plezier in) bewegen**

Ruim tweederde van de deelnemers geeft aan dat ze meer zijn gaan bewegen als gevolg van de ZORGmethode. Ook geeft 75% aan (veel) meer plezier in het bewegen te hebben gekregen (mede) als gevolg van de ZORGmethode. De mate waarin deelnemers voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is niet toegenomen.

### **Effecten op de kwaliteit van leven en gezondheid**

In het algemeen kan worden gesteld dat de deelnemers aan de ZORGmethode mensen met chronische aandoeningen betreft met minder goede gezondheid. Deelnemers ervaren bij de aanvang van het programma veelal een lagere kwaliteit van leven dan een



normpopulatie (mensen met vergelijkbare chronische aandoeningen en in dezelfde leeftijdscategorie). Dit zijn ook de groepen mensen die het meeste baat zullen hebben bij een dergelijk bewegingsprogramma. De ZORGmethode is klaarblijkelijk een adequate methode om deze groep te bereiken in het kader van bewegingsstimulering.

Er is sprake van een significante verbetering in de tijd van de rolbeperking door fysieke problemen en van de rolbeperking door sociale problemen. Dit lijkt erop te duiden dat deelnemers aan de ZORGmethode als gevolg van hun deelname beter met hun beperking leren omgaan.

### **Redenen voor uitval**

Ruim een derde (36%) van de oorspronkelijke deelnemers is gestopt in de onderzoeksperiode. De belangrijkste reden om te stoppen met deelname aan de ZORGmethode is een gebrekkige gezondheid. Andere belangrijke redenen zijn moeheid en de (hoge) intensiteit van het programma. Er zijn ook mensen gestopt met deelnemen omdat ze zichzelf te gezond voelen om verder in het programma te blijven deelnemen. Zij geven met name de lage intensiteit van het programma als reden voor uitval. Daarnaast is een deel van de deelnemers gestopt vanwege zaken buiten de ZORGmethode, zoals bijvoorbeeld verhuizing. De mate van uitval lijkt overigens niet veel hoger dan uitval in andere bewegingsprogramma's in de algemene bevolking.

De grote meerderheid van de deelnemers is uitermate tevreden met het programma in het algemeen. Men is het meest tevreden met de sfeer tijdens de lessen, de aandacht van de begeleiders tijdens de activiteit, de kwaliteit van de begeleiding en de contacten met andere deelnemers.

### **Aandachtspunten**

De volgende problemen zijn tijdens het project ontstaan:

- (1) de inbedding van de groepen in bestaande reguliere sportverenigingen of patiëntenverenigingen;
- (2) het verloop van deelnemers, terwijl er soms beperkte instroom van nieuwe deelnemers is;
- (3) het verloop van het kader;
- (4) de spreiding van de groepen over het land is nog uitermate beperkt, waardoor het moeilijk is om diverse groepen chronische aandoeningen te bedienen.

### **Sterke en zwakke punten**

De belangrijke positieve punten met betrekking tot de ZORGmethode zijn

- (1) de vraaggerichte aanpak;
- (2) de samenwerking bij de start van de groepen met gemeenten, de revalidatie afdelingen en de medici;
- (3) het gebruik van een uniforme naam schept duidelijkheid;
- (4) het gebruik van het Handboek ZORGmethode;
- (5) de kwaliteit van de begeleiding.

Als zwakke punten worden genoemd

- (1) onvoldoende doorverwijzing vanuit zorginstellingen;
- (2) onvoldoende bekendheid in Nederland met de ZORGmethode;
- (3) wellicht is het gebruik van de term 'chronische aandoening' niet adequaat om potentiële deelnemers te benaderen. Het schrikt mogelijk mensen af door de stigmatiserende werking;
- (4) er wordt vanuit de begeleiding onvoldoende aandacht besteed aan het bewegen thuis. Men zou deelnemers meer moeten stimuleren om in de thuissituatie aan de

Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB=minimaal 30 minuten matig intensief bewegen op tenminste 5 dagen van de week) voldoen. De nadruk kan daarbij worden gelegd op mogelijkheden om het bewegen thuis te bevorderen (dan niet sport maar meer bewegen in het algemeen).

#### Aanbevelingen

- Zet groepen op voor meerdere chronische aandoeningen. Gelet op de co-morbiditeit uit de pilot groepen lijkt dat zeker haalbaar.
- Zorg bij de opstart voor samenwerking met reguliere sportverenigingen en / of patiëntenverenigingen die de groep later kunnen adopteren.
- Zorg voor duidelijkheid over de naam die men in de toekomst wenst te gaan gebruiken.
- Bepaal duidelijk welke leiding gewenst is (fysiotherapeut of sportinstructeur).
- Stem de opzet van 'Revalidatie en Sport' en de ZORGmethode direct op elkaar af.
- Zorg voor een verbetering van de PR en communicatie, o.a. door gebruik te maken van een website.
- Zorg voor optimale spreiding van de ZORGmethode groepen over het land en maak een landelijk overzicht van alle ZORGmethode groepen en docenten (verwijzing potentiële nieuwe deelnemers en eventuele vervanging bij ziekte en/of absentie van begeleiders).
- Zorg dat binnen de ZORGmethode meer aandacht wordt besteed aan bewegen buiten de ZORGmethode activiteiten.

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>13</b>
1.1	Achtergrond informatie .....	13
1.2	Onderbouwing en doel van het programma .....	13
1.3	Opzet Monitor en evaluatie .....	14
1.4	Implementatie.....	15
1.5	Leeswijzer .....	15
<b>2</b>	<b>Achtergrond informatie over mensen met chronische aandoeningen en bewegen. 17</b>	
2.1	Inleiding .....	17
2.2	Epidemiologische gegevens over mensen met chronische aandoeningen en bewegen..	17
2.3	Mensen met chronische aandoeningen en de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.....	18
2.4	Beknopt literatuuroverzicht over mensen met chronische aandoeningen in relatie tot bewegen .....	19
2.4.1	Inleiding .....	19
2.4.2	Artrose.....	20
2.4.3	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA) .....	20
2.4.4	Cerebrovasculair accident (CVA) .....	21
2.4.5	Coronaire hartziekten (CHZ) .....	21
2.4.6	Cystic fibrosis .....	22
2.4.7	Depressie.....	22
2.4.8	Diabetes mellitus type II .....	23
2.4.9	Epilepsie.....	23
2.4.10	Fibromyalgie .....	24
2.4.11	Kanker.....	24
2.4.12	Multiple sclerose .....	25
2.4.13	Osteoporose.....	25
2.4.14	Ziekte van Parkinson.....	26
2.4.15	Reumatoïde artritis (RA).....	26
2.4.16	Samenvatting.....	27
<b>3</b>	<b>Methode.....</b>	<b>29</b>
3.1	Inleiding .....	29
3.2	Fasering.....	29
3.3	Meetinstrumenten.....	29
3.4	Respons .....	31
<b>4</b>	<b>Beschrijving van de projecten.....</b>	<b>33</b>
4.1	Projectorganisatie.....	33
4.2	De start: werving van projecten .....	33
4.3	Implementatie.....	36
<b>5</b>	<b>Ervaringen vanuit het perspectief van het kader .....</b>	<b>41</b>
5.1	Inleiding .....	41
5.2	Algemene positieve ervaringen.....	41
5.3	Algemene negatieve ervaringen .....	41
5.4	Gewenste organisatorische structuur.....	42
5.5	Werven nieuwe deelnemers .....	43
5.6	Aandacht voor en ondersteuning van ZORGmethode groepen.....	43
5.7	De kosten van de ZORGmethode groepen.....	45

<b>6</b>	<b>Ervaringen vanuit het perspectief van de deelnemers .....</b>	<b>49</b>
6.1	Inleiding .....	49
6.2	Groepen mensen met chronische aandoeningen participierend in de ZORGmethode ....	49
6.3	Aard van de chronische aandoeningen en co-morbiditeit .....	51
6.4	Aanmeldingskanalen.....	52
6.5	Achtergrond informatie over deelnemers.....	52
6.6	Verwachtingen van de deelnemers.....	54
6.7	Sociale steun vanuit de omgeving.....	54
6.8	Ontwikkelingen in het sport- en bewegingsgedrag van de deelnemers.....	55
6.9	Ontwikkelingen in de kwaliteit van leven en gezondheid.....	56
6.10	Gezondheid vergeleken met een jaar geleden .....	65
6.11	Tevredenheid van de deelnemers .....	66
6.12	Eisen gesteld aan de ZORGmethode.....	68
6.13	Redenen van uitval aan het programma .....	68
6.14	Speciale groepen binnen ZORGmethode.....	69
6.14.1	Utrecht 1 (Baarn): tennis voor kinderen met maag, lever en darm stoornissen (MLD) .	69
6.14.2	Utrecht 3 en 4: whiplash en fibromyalgie .....	70
<b>7</b>	<b>Resultaten invitational expertmeeting.....</b>	<b>77</b>
7.1	Inleiding .....	77
7.2	SWOT-analyse (Strength-Weakness-Opportunities-Threats) .....	77
7.2.1	Wat zijn de sterke punten van de Zorgmethode? .....	77
7.2.2	Wat zijn de zwakke punten van de Zorgmethode .....	78
7.2.3	Wat zijn de kansen voor de ZORGmethode?.....	78
7.2.4	Wat zijn de bedreigingen voor de ZORGmethode? .....	78
7.3	Welke problemen ondervinden de groepen in de loop van het programma? .....	79
7.4	Wat zijn verbeter punten van de Zorgmethode? .....	79
<b>8</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>83</b>
<b>9</b>	<b>Literatuur .....</b>	<b>89</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Hoe werkt de ZORGmethode	
	B Toelichting begeleiders	
	C Publicaties	

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond informatie

Binnen het driejarige programma Sport en Bewegen voor Mensen met Chronische Aandoeningen (SBMCA; 1997 – 1999) is de methodiek ontwikkeld om in samenwerking met de zorgsector en de patiëntenorganisatie “Samen Verder” specifieke bewegingsgroepen voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel waaronder CVA, te gaan starten. Vanaf 1999 kwam in toenemende mate de vraag van andere patiëntenorganisaties, maar ook vanuit de zorgsector om samen bewegingsgroepen te gaan starten. De regiegroep Sport en Bewegen voor Mensen met Chronische Aandoeningen als opvolger van het afgeronde driejarig programma Sport en Bewegen voor Chronisch Zieken heeft in april 2000 de ZORGmethode als methodiek gekozen voor implementatie en een monitorstudie om in aanmerking te komen voor cofinanciering vanuit het programma Chronisch Zieken van ZonMw in het kader van vraaggerichtheid bij vrijetijdsbesteding. In de regiegroep hebben zitting: Chronisch zieken en Gehandicapten Raad, NOC\*NSF, het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), NebasNsg (de sportorganisatie voor mensen met een beperking), en het Ministerie van VWS. Deze partijen hebben aangegeven dat de gezamenlijke aanpak gehandhaafd dient te blijven van het programma SBMCA teneinde door de bundeling van alle werkzaamheden een effectief en efficiënt vervolg te geven. Een strategisch plan “Sport en Bewegen voor Mensen met Chronische Aandoeningen zou de komende jaren verder worden ontwikkeld.

## 1.2 Onderbouwing en doel van het programma

Uit diverse onderzoeken is duidelijk geworden dat mensen met een chronische aandoening op vele wijzen voordeel ondervinden van het deelnemen aan sport- en bewegingsactiviteiten (Pate e.a., 1995; Mosterd e.a., 1996; USDHHS, 1996; Stiggelbout e.a., 1998).

De ZORGmethode is erop gericht om via een specifieke benaderings- en stimuleringsmethodiek meer mensen met een chronische aandoening sportief aan het bewegen te krijgen.

Het is de intentie om de ZORGmethode verder landelijk te gaan implementeren. Vooruitlopend op deze landelijke implementatie wordt eerst een onderzoeksproject uitgevoerd. Hoofddoelstelling van dit project is het opzetten en vervolgens structureel onderbrengen van 24 bewegingsgroepen (2 per provincie) voor ca. 480 mensen met chronische aandoeningen. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een infrastructuur die door NebasNsg en de provinciale sportraden in de afgelopen jaren is ontwikkeld. Daarbij wordt het project ondersteund door een 2-jarige monitorstudie door TNO-PG.

### *Benaderingsstrategie*

De vraaggerichte methode is ontwikkeld door NebasNsg in nauwe samenwerking met de patiëntenvereniging voor CVA - gehandicapten en partners ‘Samen Verder’, het regionale ziekenhuis met een afdeling revalidatie, het revalidatiecentrum en eventueel activiteitencentra voor mensen met lichamelijke beperkingen. Men benadert potentiële deelnemers via de ‘zorg’ (patiëntenvereniging, revalidatiearts, activiteitencentra), geeft voorlichting en start met een bewegingsgroep uitgaande van de mogelijkheden van de deelnemers. Meestal kunnen groepen worden gesplitst in een groep met een hoger en in

een groep met een lager bewegingsniveau. Na maximaal 18 maanden intensieve begeleiding wordt de groep opgenomen in een reguliere dan wel een sportvereniging voor aangepast sporten. Belangrijk bij deze methode is ook de rol die de partners in het geheel spelen. Behalve voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel is deze methode ook succesvol uitgetest bij een afdeling van het Astmafonds.

Over het algemeen bereikt de ZORGmethode mensen met zwaardere beperkingen, en mede hierdoor zijn de bewegingsgroepen vaak kleiner van omvang om toch de specifieke kwaliteit te kunnen bieden. Men gaat uit van specifiek deskundig opgeleid kader, waarbij men zowel over sporttechnische, didactische kennis als over speciale ziektespecifieke kennis dient te beschikken.

#### *Opzet activiteiten*

De ZORGmethode activiteiten worden in principe eenmaal per week aangeboden en duren een uur. De inhoud van het programma bestaat uit: een 'warming-up', rekoefeningen, oefenvormen, het aanpassen van de bewegingssituaties aan de mogelijkheden van de deelnemers en tot slot een 'cooling down'. Behalve bewegingsgroepen in de zaal zijn er ook zwemgroepen. Na afloop is er tijd en gelegenheid voor napraten met koffie of thee. De partners of verzorgers voegen zich dan weer bij de deelnemers.

### **1.3 Opzet Monitor en evaluatie**

Om na te gaan wat knelpunten en verbeterpunten kunnen zijn bij de landelijke implementatie, en tevens om de effecten van de ZORGmethode op de kwaliteit van leven, de sociale participatie en algemene tevredenheid bij deelnemers, is het project 'ZORGmethode voor bewegingsstimulering van mensen met een chronische aandoening' ondersteund door middel van een monitorstudie. Op grond hiervan kunnen de werving van nieuwe deelnemers, de inhoud van het programma en de organisatie desgewenst worden bijgestuurd.

#### *Vraagstellingen*

In de Monitorstudie zullen de volgende vragen worden beantwoord:

- Welke groepen chronische zieken participeren in de ZORGmethode?
- Via welke kanalen vindt de aanmelding plaats (revalidatiecentra, ziekenhuizen, patiënten verenigingen, etc.)?
- Wat zijn de verwachtingen van de deelnemers, wordt deelname ondersteund door de sociale omgeving?
- Welke effecten heeft het programma op de (blijvende) sport- en beweegdeelname van de deelnemers?
- In hoeverre ervaren de deelnemers de sportactiviteiten als plezierig?
- Heeft het deelnemen aan de ZORGmethode effecten op de kwaliteit van leven (met name op de volgende dimensies: sociaal, fysiek, psychisch functioneren)?
- Wat zijn de eventuele motieven om te stoppen met deelname?
- Welke onderdelen van het programma worden het meest gewaardeerd?
- Welke problemen ondervinden de groepen in de loop van het project?
- Wat is goed en wat dient te worden verbeterd aan de ZORGmethode?

## 1.4 Implementatie

Er wordt gebruik gemaakt van de in ontwikkeling zijnde infrastructuur zoals deze door NebasNsg, in samenwerking met de provinciale sportraden en de Vereniging voor Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN), ontwikkeld wordt. NebasNsg heeft in alle provincies van Nederland een regiomanager werkzaam ten behoeve van het aangepast sporten, wier taken vooral betrekking hebben op de verenigingsondersteuning. In de meeste provincies is een samenwerkingsverband met de provinciale sportraad aangegaan, waarbij een aantal medewerkers een gezamenlijke aanstelling hebben voor NebasNsg en de provinciale sportraad. Met de overige sportraden bestaan al jaren intensieve contacten en afstemming van (gezamenlijke) werkplannen. Ook een aantal gemeentelijke sportconsulenten zullen bijdragen aan het project.

Via het samenwerkingsverband met de VRIN heeft NebasNsg in een 13-tal revalidatiecentra bureaus Revalidatie & Sport ontwikkeld. Een belangrijk onderdeel van deze bureaus is het adviseren en doorverwijzen van (ex-) revalidanten.

Gezamenlijk kunnen zij zorgen voor inbedding van activiteiten en deze structuur dient ertoe om willekeurige vragen te beantwoorden en mensen te leiden naar de (boven)lokale activiteiten.

Behalve deze ondersteunings- en verwijzstructuur biedt het verder specifieke deskundigheidsmogelijkheden en niet te vergeten de (boven) lokale verenigingsstructuur waarbij de activiteiten ondergebracht kunnen worden.

## 1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de achtergronden van de ZORGmethode. Er wordt achtereenvolgens ingegaan op de kengetallen van chronische aandoeningen en de wetenschappelijke kennis omtrent de relatie tussen lichamelijke activiteit en chronische aandoeningen. Dit hoofdstuk dient als plaatsbepaling voor de ZORGmethode

In Hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de onderzoeksmethode met betrekking tot de Monitorstudie. Er wordt ingegaan op de onderzoeksmethodiek, de fasering en de onderzoeksinstrumenten. Hoofdstuk 4 t/m 6 beschrijven de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de projecten, vanaf de acquisitie tot de daadwerkelijke uitvoering. In Hoofdstuk 5 wordt vervolgens ingegaan op de ervaringen van het kader. Tenslotte worden in Hoofdstuk 6 de resultaten besproken vanuit het perspectief van de deelnemers (inclusief de uitvallers). Er is aan het eind van de Monitorstudie (2 april 2003) een invitationale expertmeeting georganiseerd met een aantal regiocoördinatoren, projectleiders en begeleiders van groepen. Hoofdstuk 7 beschouwt de belangrijkste uitkomsten van deze expertmeeting. Hoofdstuk 8 vormt de neerslag van de conclusies en aanbevelingen van de Monitorstudie. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van alle literatuur.

De volgende bijlagen zijn opgenomen in het rapport:

- 1 achtergronden van de ZORGmethode;
- 2 informatie over de ZORGmethode voor de begeleiders;
- 3 publicaties over de ZORGmethode.





## 2 Achtergrond informatie over mensen met chronische aandoeningen en bewegen

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de epidemiologische kennis over lichamelijke activiteit van chronisch zieken (2.2) en de gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit voor chronisch zieken (2.3).

### 2.2 Epidemiologische gegevens over mensen met chronische aandoeningen en bewegen

Het aantal mensen met chronische aandoeningen wordt geschat op 10 – 15% van de totale bevolking, dat wil zeggen minimaal 1,5 tot circa 2,5 miljoen mensen. Het totale aantal chronische aandoeningen wordt geschat op circa 4,5 miljoen (bron SCP 2002). De verklaring voor het laatste getal is gelegen in de co-morbiteit van chronisch zieken. Dit betekent dat mensen meer dan één chronische ziekte hebben. Het exacte aantal kan niet worden aangeduid, omdat dit afhangt van de toegepaste definitie van chronische ziekte en de gebruikte gegevens bron. Het verschilt namelijk nogal of men hiervoor uitgaat van telefonische interviews bij een steekproef van de Nederlandse bevolking (zoals bij de POLS van het CBS), dan wel of men klinische patiëntenregistraties gebruikt (b.v. van het NIVEL). In Tabel 2.1 worden epidemiologische kengetallen gerapporteerd van diverse relevante chronische aandoeningen in Nederland.

Tabel 2.1 Overzicht epidemiologische kengetallen chronische aandoeningen op basis van zorgregistraties (RIVM, 2002; Chorus & Hopman-Rock, 2003).

Chronische aandoening	Prevalentie mannen	Prevalentie vrouwen
Artrose	221.900	432.500
Astma	200.600	244.300
Beroerte (CVA)	67.900	71.800
Constitutioneel eczeem	73.900	87.000
COPD	164.300	125.200
Coronaire hartziekten	337.600	219.000
Depressie	68.100	165.000
Diabetes Mellitus	179.000	235.000
Epilepsie	44.700	38.300
Hartfalen	50.400	86.000
Kanker		
Borstkanker		95.000
Dikkedarmkanker	28.000	28.500
Longkanker	16.700	3.200
Maagkanker	5.100	3.700
Prostaatcancer	31.700	
Slokdarmkanker	650	360
Multiple sclerose	4.300	9.100
Osteoporose	4.300	60.000
Reumatoïde artritis	50.500	82.200
Ziekte van Parkinson	12.200	14.600

Bij mannen komen coronaire hartziekten het meest frequent voor, gevolgd door artrose, astma en diabetes mellitus. Bij vrouwen wordt artrose het meest frequent geregistreerd, gevolgd door astma, diabetes mellitus en coronaire hartziekten.

### 2.3 Mensen met chronische aandoeningen en de Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Uit het recente Trendrapport Bewegen en Gezondheid (Ooijendijk et al., 2001) blijkt dat de minderheid van de algemene Nederlandse bevolking voldoet aan de NNGB. De NNGB stelt dat volwassenen tenminste 30 minuten per dag matig intensief dienen te bewegen op tenminste 5, bij voorkeur alle, dagen van de week om de gezondheid te bevorderen. In het algemeen wordt aangenomen dat de groep mensen met chronische aandoeningen lager scoort op de NNGB dan de algemene bevolking. Chorus & Hopman-Rock (2003) hebben onlangs een quickscan uitgevoerd om na te gaan wat de mate van lichamelijke activiteit is van diverse groepen mensen met chronische aandoeningen, op basis van bestaande gegevens bestanden. Tabel 2.2 geeft een overzicht van de mate waarin diverse belangrijke patiëntengroepen voldoen aan de NNGB, en Tabel 2.3 geeft inzicht in de mate van volledige lichamelijke inactiviteit van diverse chronische aandoeningen.

Tabel 2.2 Percentage personen dat voldoet aan de NNGB uitgesplitst naar chronische aandoening, leeftijd en geslacht (PCCZ, 1999 in Chorus & Hopman-Rock, 2003).

Chronische aandoening	Mannen 18-64	Vrouwen 18-64	Mannen 65-plus	Vrouwen 65-plus
Hart- en vaatziekten	60	39	40	30
Artrose	45	39	38	31
Overige aandoeningen .	45	31	48	28
Bewegingsstelsel				
Neurologische Aandoeningen	50	32	59	33
Kanker	37	61	60	22
Diabetes mellitus	51	49	61	24
Astma/COPD	38	44	38	22
Overige chronische zieken	46	45	41	29
Totaal van alle chronische zieken	46	42	45	28
Referentie alg. bevolking	52	55	68	46

Bij de mannen van 18 tot 65 jaar voldoen hart- en hartpatiënten relatief het best aan de NNGB, kanker patiënten en astma / COPD patiënten voldoen hierbij het minst aan de norm. Bij de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder voldoen kanker- en diabetes mellitus patiënten het meest aan de norm, terwijl juist de artrosepatiënten en de astma/COPD patiënten weinig aan de norm voldoen.

Bij de vrouwen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar voldoen vooral de kankerpatiënten redelijk goed aan de norm, zelfs beter dan de algemene bevolking in deze leeftijdscategorie. Mensen met neurologische aandoeningen, zoals MS en Parkinson, voldoen het minst aan de norm. Bij de vrouwen van 65 jaar en ouder voldoen alle chronische patiënten groepen onder de norm van de algemene bevolking in deze leeftijdsgroep. Astma / COPD patiënten en kanker patiënten voldoen met 22% zelfs heel matig aan de norm.

Tabel:2.3 Percentage volledig inactieve personen uitgesplitst naar chronische aandoening, leeftijd en geslacht (PCCZ, 1999 in Chorus & Hopman-Rock, 2003).

Chronische aandoening	Mannen 18-64	Vrouwen 18-64	Mannen 65-plus	Vrouwen 65-plus
Hart- en vaatziekten	10	17	39	32
Artrose	20	22	21	48
Overige aandoeningen bewegingsstelsel	16	16	30	53
Neurologische. Aandoeningen	15	15	32	43
Kanker	22	20	24	45
Diabetes mellitus	27	26	22	47
Astma/COPD	16	18	41	56
Overige chronische aandoeningen	15	19	33	48
Totaal alle chronische aandoeningen	16	23	31	49

Bij de mannen van 18 tot 65 jaar zijn hartpatiënten het minst lichamelijk inactief, terwijl diabetes mellitus, kanker en artrose patiënten het meest lichamelijk inactief zijn. Bij de mannen van 65 jaar en ouder zijn artrose- en diabetes mellitus patiënten het minst lichamelijk inactief, terwijl astma / COPD en hart- en vaatziekten het meest inactief zijn.

Bij de vrouwen van 18 tot 65 jaar zijn personen met neurologische aandoeningen het minst lichamelijk inactief, tegenover diabetes mellitus patiënten het meest. Bij de vrouwen van 65 jaar en ouder rapporteren astma / COPD patiënten het meest een lichamelijk inactieve leefstijl, oudere vrouwelijke hartpatiënten rapporteren met 32% het minst lichamelijk inactieve leefstijl, in vergelijking met alle oudere vrouwelijke chronisch zieken. De andere chronische aandoeningen scoren tussen de 43 – 53% lichamelijke inactiviteit, hetgeen aanzienlijk is (Tabel 2.3).

## 2.4 Beknopt literatuuroverzicht over mensen met chronische aandoeningen in relatie tot bewegen

### 2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt ingegaan op de gezondheidswaarde van lichamelijke activiteit in relatie tot een aantal chronische aandoeningen. Per aandoening wordt indien mogelijk aangegeven wat de effecten zijn van lichamelijke activiteit op het ontstaan en op het beloop van de aandoening. Het overzicht is grotendeels gebaseerd op een literatuurinventarisatie die reeds in 2000 is gepubliceerd in FysioPraxis en een TNO literatuuroverzicht (Stiggelbout et al., 1998). Het is deels geactualiseerd, met gebruikmaken van recente overzichtsartikelen. Deze actualisatie heeft vooral betrekking op de ziekte van Parkinson, kanker en fibromyalgie. De paragraaf heeft niet de intentie een overall overzicht te geven met betrekking tot de literatuur. Het dient om het belang van lichamelijke activiteit voor diverse chronische aandoeningen nog eens te onderstrepen, zowel met betrekking tot de primaire preventie (het voorkomen van het ontstaan van een aandoening) als de tertiaire preventie (m.a.w. het voorkomen van verergering van een aandoening, beïnvloeden van het beloop van een aandoening). Daarom wordt het overzicht ingedeeld naar de specifieke chronische aandoening, en per aandoening wordt informatie verstrekt over (1) de effecten van lichamelijke activiteit op het ontstaan van de aandoening, resp. (2) het beloop van de aandoening.

## 2.4.2 Artrose

### *Effecten op het ontstaan van artrose*

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat lichamelijke activiteit het ontstaan van artrose kan voorkomen. Over het algemeen is men juist geneigd te denken dat (extreme) lichamelijke belasting het ontstaan van artrose in de hand werkt. Er zou echter onderscheid gemaakt moeten worden tussen sporten waarin belasting binnen de fysiologische belastbaarheid van kraakbeen blijft (hardlopen, wielrennen e.d.) en die sporten waarbij de belastbaarheid acuut kan worden overschreden. In het geval van acuut gewrichtsletsel (sportblessure) zal de kans op versnelde artrose groter zijn (Hochberg, 1991). Er wordt aangenomen dat de verhoogde frequentie van artrose bij sporters terug te voeren is op doorgemaakte sportletsels (Hazes, 1993; Kuipers, 1993). Ten aanzien van hardlopen heeft onderzoek tot op heden uitgewezen dat er weinig verband bestaat tussen deze sport en het ontstaan van artrose bij afwezigheid van sportblessures (Silman & Hochberg, 1993).

### *Effecten op beloop van artrose*

Lichamelijke activiteit in de vorm van specifieke bewegingsprogramma's (vooral laagintensieve programma's in de vorm van zwemmen, wandelen en fietsen) van artrosepatiënten zouden een rol kunnen spelen bij het afremmen van degeneratieve processen, bij het beperken van de subjectieve klachten en het vergroten van de functionele reserve capaciteit (Coumans & Leurs, 1995).

Tevens is bekend dat voldoende lichamelijke activiteit samenhangt met minder fysieke beperkingen en dat rusten als manier om met pijn om te gaan leidt tot meer beperkingen (Hopman-Rock et al. 1996; Hopman-Rock, 1997). Voldoende lichamelijke activiteit beperkt tevens het risico op overgewicht en de daarmee samenhangende toename van de gewrichtsbelasting (Silman & Hochberg, 1993; Bunning & Materson, 1991).

## 2.4.3 Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA)

### *Effecten op het ontstaan van CARA*

Er zijn geen aanwijzingen dat lichamelijke activiteit een rol speelt bij het ontstaan van CARA (Mosterd et al., 1996).

### *Effecten op het beloop van CARA*

Bij volwassenen zijn bij gecontroleerde interventiestudies uiteenlopende gunstige effecten van inspanning op bronchiale hyperreactiviteit van Carapatiënten gevonden (Cyphcar & Lemanske, 1994). Door regelmatige sportbeoefening gericht op het aërobe uithoudingsvermogen gaan het hart en de longen efficiënter functioneren, wat leidt tot een verbetering van het zuurstoftransport en uitstel van verzuring en uitputting door lichamelijke inspanning. Niet alleen het uithoudingsvermogen, maar ook het psychosociaal functioneren wordt verbeterd (Maas, 1994). Gebleken is dat de lichamelijke fitheid bij mensen met CARA relatief laag is. Voor deze patiënten is de keuze van specifieke activiteiten van belang. Activiteiten die plaatsvinden in een omgeving met een hoge vochtigheidsgraad (zwemmen), hogere temperatuur (zomersporten, zaalsporten) of met een niet meer dan matige belasting van de longfunctie (bijvoorbeeld wandelen, fietsen, tennis, golf) kunnen mogelijk van invloed zijn op het voorkómen of beperken van een aanval (Anderson, 1994).

#### 2.4.4 *Cerebrovasculair accident (CVA)*

##### *Effecten op het ontstaan van CVA*

Er zijn aanwijzingen voor een negatieve correlatie tussen het vóórkomen van CVA en de mate van lichamelijke activiteit in de vrije tijd (Paffenbarger et al., 1984; Wannamethee & Shaper, 1992; Kohl & McKenzie, 1994). Ook is de relatie tussen lichamelijke activiteit tijdens werk en CVA onderzocht. Uit onderzoek bij Italiaanse spoorwegwerkers werd een omgekeerde U-vormige relatie gevonden tussen de incidentie van CVA en werkgerelateerde lichamelijke inspanning. Zowel degenen die inactief waren als degenen die zware lichamelijke inspanning verrichtten op het werk hadden een twee keer zo hoog risico op het krijgen van CVA in vergelijking tot degenen die matige lichamelijke inspanning verrichtten (Menotti & Seccareccia, 1985). Salonen et al. (1982) deden een onderzoek naar het vóórkomen van CVA bij mannen en vrouwen in Finland. Het relatieve risico op het krijgen van CVA was hoger bij mannen die op het werk lichamelijk inactief waren, vergeleken met hun lichamelijk actieve collega's. Bij CVA is bloeddruk een belangrijke risicofactor. Middelzware lichamelijke activiteit kan de (verhoogde) bloeddruk in rust verlagen en daarmee werkt het mogelijk ook preventief ten aanzien van CVA (Kohl & McKenzie, 1994).

Veel onderzoek met betrekking tot de relatie tussen lichamelijke activiteit en CVA is bij mannen van middelbare leeftijd verricht. Er zijn echter ook aanwijzingen dat voor vrouwen (Mosterd et al., 1996; Witteman, 1994; Eaton et al., 1995; Douglas et al., 1992) en ouderen (Huijsman et al., 1994) een vergelijkbaar effect bestaat als voor mannen van middelbare leeftijd (Mosterd et al., 1996).

##### *Effecten op het beloop van CVA*

Er zijn goede resultaten bereikt met fysiotherapeutisch begeleide reactiveringsprogramma's bij CVA-patiënten. Wel geeft vroegtijdige mobilisatie en activering een kleine kans op complicaties zoals acute longontsteking en vallen, zodat het onder deskundige begeleiding dient plaats te vinden. Door reactivering kan zodoende de zelfredzaamheid verhoogd worden, hetgeen een positief effect heeft op het welzijn van de patiënt (Coumans & Leurs, 1995).

#### 2.4.5 *Coronair hartziekten (CHZ)*

##### *Effecten op het ontstaan van CHZ*

Lichamelijke inactiviteit is een onafhankelijke risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten (Paffenbarger et al., 1986; Berlin & Colditz, 1990; Bijnen, 1990; Morris et al., 1990; Shaper & Wannamethee, 1991). Uit een meta-analyse van Powell et al. (1987) bleek dat er een positief verband bestaat tussen lichamelijke inactiviteit en het ontstaan van hart- en vaatziekten. Bij lichamelijk inactieve personen is vergeleken met lichamelijk actieve personen het relatieve risico (RR) op het ontstaan van hart- en vaatziekten twee keer zo hoog (Berlin & Colditz, 1990).

De beschermende werking van lichamelijke activiteit loopt deels via een positief effect op verschillende risicofactoren. In de eerste plaats verhoogt lichamelijke activiteit de HDL-cholesterolratio en het verlaagt het totale cholesterol (Stefanick & Wood, 1994; Berns, 1995). Bovendien kan lichamelijke activiteit bijdragen aan gewichtsreductie en het verlagen van de bloeddruk, die beide gerelateerd zijn aan het ontstaan van hart- en vaatziekten (Bouchard et al., 1994; Berns, 1995).

*Effecten op het beloop van CHZ*

Uit een meta-analyse van de tertiair preventieve effecten van hartrevalidatieprogramma's in diverse landen is het volgende gebleken (Schaperclaus et al., 1994):

- Een intensief revalidatieprogramma van een jaar met aandacht voor matig intensieve lichamelijke activiteit, een uitgebalanceerd dieet, stoppen met roken en stressmanagement, leidt tot minder angina pectoris-symptomen, grotere diameters van coronaire arteriën, een lagere cholesterolratio, meer gunstige veranderingen in de voedingsgewoonten en een hoger lichamelijke activiteitsniveau bij de experimentele groep.
- Positieve effecten op korte termijn betreffen het psychisch functioneren, het (sociale) activiteitsniveau en de rookgewoonten van CHZ-patiënten.
- Deelname aan hartrevalidatieprogramma's leidt tot minder stress, een lagere cholesterolratio, een lagere bloeddruk en een toename van de inspanningstolerantie.
- In de experimentele groep die deelnam aan een revalidatieprogramma bestaande uit lichamelijke training in het laboratorium en daarna drie jaar drie keer per week een half uur bewegen in een sportgroep, kwam plotse dood minder vaak voor dan in de controlegroep. Ook werden de diastolische bloeddruk, lichaamsvetpercentage, het totale vetgehalte en het prestatievermogen in de experimentele groep significant beïnvloed (Oberman, 1985). Bij patiënten met een verminderde pompfunctie van het hart blijkt regelmatige lichamelijke activiteit gunstige gezondheidseffecten op te leveren (Coumans & Leurs, 1995; Jette et al., 1991; Sullivan et al., 1988; Shabetai, 1988).

Op de langere termijn kan lichamelijke activiteit bij coronaire hartpatiënten leiden tot een lager aantal complicaties en een mortaliteitsreductie. Lichamelijke activiteit, in combinatie met stoppen met roken, voedingsaanpassingen en gewichtsreductie, kan leiden tot het afremmen van het ontstaan van de arteriosclerose (Coumans & Leurs, 1995; Bouchard et al., 1994).

#### 2.4.6 *Cystic fibrosis*

*Effecten op het ontstaan van cystic fibrosis*

Er zijn geen aanwijzingen dat lichamelijke activiteit een primair preventief effect heeft bij mensen met cystic fibrosis (Mosterd et al., 1996).

*Effecten op het beloop van cystic fibrosis*

Lichamelijke activiteit kan een rol in het beloop van cystic fibrosis: oefentherapie kan leiden tot een verbetering van het uithoudingsvermogen, inspanningstolerantie, spierkracht, het subjectieve welbevinden en een vermindering van medicijngebruik en broncho-constrictie (Bouchard et al., 1994; Mosterd et al., 1996; Costongs & De Winter, 1996).

#### 2.4.7 *Depressie*

*Effecten op het ontstaan van depressie*

In enkele transversale studies is een verband gevonden tussen lichamelijke activiteit en het voorkómen van depressies (Bouchard et al., 1994). Ondanks aanwijzingen voor een correlatie is het causale verband niet aangetoond (Morgan, 1994).

*Effecten op het beloop van depressie*

Lichamelijke activiteit (bijv. in de vorm van 'Running therapy') kan een gunstige invloed hebben op het beloop van een depressie. Dit effect kan even sterk zijn als het effect van medicatie en andere vormen van therapie (Bosscher, 1995). Algemeen wordt

aangenomen dat lichamelijke activiteit milde en matige depressies kan reduceren en een bijdrage kan leveren aan het verminderen van ernstige depressie (Bouchard et al., 1994; Mosterd et al., 1996).

#### 2.4.8 *Diabetes mellitus type II*

##### *Effecten op het ontstaan van diabetes mellitus type II*

Er zijn duidelijke aanwijzingen voor een relatie tussen lichamelijke (in)activiteit en het vóórkomen van diabetes mellitus type II (niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus (NIDDM); Coumans & Leurs, 1995; Costongs & De Winter, 1996; Manson et al., 1991; Coumans & Meinders, 1991; Helmrigh et al., 1991). Cohort onderzoek heeft aangetoond dat lichamelijke actieven een 35-50% kleinere kans hebben op het krijgen van diabetes mellitus type II dan niet-actieven en dit percentage is nog groter bij vergelijking met personen die overgewicht of hypertensie hebben (Mosterd et al., 1996; Costongs & De Winter, 1996; Manson et al., 1991; Coumans & Meinders, 1991; Helmrigh et al., 1991).

Regelmatige lichamelijke activiteit draagt bij aan een verbeterde werking van insuline, via een verhoogde gevoeligheid van insulinerceptoren dan wel indirect via een wijziging van het lichaamsgewicht en/of vetverdeling (Coumans & Leurs, 1995; Coumans & Meinders, 1991; Helmrigh et al., 1991).

##### *Effecten op het beloop van diabetes mellitus type II*

Gebleden is dat krachttraining tot verhoging van de insulinegevoeligheid kan leiden en een gunstiger lipidenprofiel kan bewerkstelligen (Coumans & Meinders, 1991; Backx, 1988). Mensen met diabetes lopen een twee- tot drievoudig verhoogd risico op hart- en vaatandoeningen (Leon et al., 1987). Hart- en vaatandoeningen zijn bij bijna de helft van de mannelijke en eenderde van de vrouwelijke diabetespatiënten de uiteindelijke doodsoorzaak (Gudat et al., 1994). Lichamelijke inspanning kan bij diabetespatiënten tot een normalisatie van het bloedglucoseniveau leiden en daarmee complicaties, waaronder hart- en vaatandoeningen, helpen voorkomen (Giacca et al., 1994).

#### 2.4.9 *Epilepsie*

##### *Effecten op het ontstaan van epilepsie*

Er zijn in de literatuur geen aanwijzingen gevonden van een effect van lichamelijke activiteit op het ontstaan van epilepsie (Costongs & De Winter, 1996).

##### *Effecten op het beloop van epilepsie*

Nakken et al. (1990) vonden na een bewegingsprogramma een verbeterd aëroob vermogen, een betere kwaliteit van leven, meer zelfvertrouwen en meer sociaal contact dan in een controlegroep. Actieve epilepsiepatiënten rapporteren minder depressieve gevoelens dan inactieve personen. Eriksen et al. (1994) vonden bij 15 vrouwelijke epilepsiepatiënten minder (zelfgerapporteerde) epilepsieaanvallen, minder slaapproblemen, minder vermoeidheid, een betere subjectieve gezondheid en een verbeterde conditie na een 15 weken durend oefenprogramma (Mosterd et al., 1996). In een recent literatuuronderzoek van Costongs & De Winter (1996) wordt erop gewezen dat vrijwel alle sporten met verschillende intensiteiten mogelijk zijn voor mensen met een of andere vorm van epilepsie, met uitzondering van enkele hoogrisico-sporten, zoals duiken, zelfstandig (zweef)vliegen en bergbeklimmen.

#### 2.4.10 *Fibromyalgie*

##### *Effecten op het ontstaan van fibromyalgie*

Er zijn in de literatuur geen aanwijzingen gevonden van een effect van lichamelijke activiteit op het ontstaan van fibromyalgie (Costongs & De Winter, 1996).

##### *Effecten op het beloop van fibromyalgie*

Sim & Adams (2002) hebben een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar de invloed van diverse interventies bij fibromyalgie. Een daarvan betrof de invloed van aërobe lichamelijke inspanning, eventueel in combinatie met andere interventies. Deze studie concludeerde dat er sterke aanwijzingen zijn voor een positief effect van aërobe training bij de behandeling van fibromyalgie. Er is overigens behoefte aan onderzoek om na te gaan welke vorm (duur, intensiteit) van training voorkeur verdient.

#### 2.4.11 *Kanker*

##### *Effecten op het ontstaan van kanker*

Inmiddels is uit verschillende studies gebleken dat er een negatieve correlatie bestaat tussen lichamelijke activiteit in de vrije tijd en het risico op het ontstaan van colonkanker, ook na correctie voor andere risicofactoren zoals totale energieopname en overgewicht (Slattery et al., 1997; Lubin et al., 1997; Lee, 1994; Martinez et al., 1997). Daarnaast zijn er enige, maar met name door methodologische onvolkomenheden geen eenduidige, aanwijzingen voor een beschermend effect van lichamelijke activiteit op het ontstaan van sommige hormoongerelateerde vormen van kanker zoals borst- en prostaatkanker (Lee, 1994). Epidemiologische studies tonen over het algemeen een verlaagd risico op het ontstaan van borstkanker bij vrouwen die lichamelijk actief zijn (Friedenreich & Rohan, 1995). Uit een overzicht van 17 studies naar de mogelijke invloed van lichamelijke activiteit op het ontstaan van prostaatkanker, bleken 9 studies een beschermend effect te vinden, 5 studies geen effect en 3 studies wezen op een verhoogd risico op het ontstaan van prostaatkanker (Oliveria & Lee, 1997). De tegenstrijdige resultaten zijn deels te wijten aan methodologisch beperkingen in deze studies. Het is mogelijk dat lichamelijke activiteit een immuno-modulerende werking heeft, maar de invloed via het immuunsysteem lijkt hierbij niet erg groot te zijn en wordt sterk bepaald door onder meer de gevoeligheid van de specifieke tumor voor cytolyse, het kanker stadium en het type activiteitenprogramma (Nieman, 1997).

##### *Effecten op het beloop van kanker*

De Vries et al. (2003) hebben recent een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar de invloed van lichamelijke activiteit op de behandeling van kanker. Er werd gekeken naar lichamelijke gezondheid, kwaliteit van leven en de psychosociale gezondheid. Er werd geconcludeerd dat matig intensief bewegen in vergelijking tot inactiviteit een positief effect lijkt te hebben op fysiek functioneren. Er zijn aanwijzingen dat bewegen een positieve invloed heeft op de vermoeidheid van kankerpatiënten. Het is nog niet duidelijk welke intensiteit hierbij het meest effectief is. Met betrekking tot de relatie tussen bewegen en het immuunsysteem zijn de bevindingen niet eenduidig en dient nog veel onderzoek uitgevoerd te worden. Op basis van het overzicht van 24 onderzoeken werd geconcludeerd dat het volgen van een bewegingsprogramma na het stellen van de diagnose kanker een klinisch significant positief effect had op alle domeinen van kwaliteit van leven, namelijk de lichamelijke-, psychologische en psychosociale gezondheid (Courneya & Friedenreich, 1999).



Er werden zeven studies getraceerd die zich richten op de psychische gezondheid. In alle studies namen de gevoelens van angst en van depressie en slaapstoornissen af bij zowel kankerpatiënten als ex-kankerpatiënten na het volgen van een bewegingsprogramma.

#### 2.4.12 *Multiple sclerose*

##### *Effecten op het ontstaan van multiple sclerose*

Er zijn in de literatuur geen aanwijzingen gevonden van een effect van lichamelijke activiteit op het ontstaan van multiple sclerose.

##### *Effect op het beloop van multiple sclerose*

Regelmatige lichaamsbeweging heeft een gunstige invloed op evenwicht, stijfheid, spasticiteit, zelfvertrouwen en zelfredzaamheid. Het zorgt tevens voor ontspanning en plezier. Men voelt zich beter c.q. goed bij bewegen. Door sportief te bewegen leert de MS-patiënt zijn eigen grenzen te verkennen. Zo leert men zijn of haar eigen mogelijkheden zo optimaal mogelijk te benutten, wat belangrijk is in het dagelijkse leven, in het werk etc. Door (sportief) bewegen zullen factoren die de vermoeidheid beïnvloeden, zoals de fitheid en het algemene gevoel van welbevinden, verbeteren. Dit zal indirect ook een positieve invloed hebben op de ervaren vermoeidheid.

Een positief effect van bewegen in groepsverband is het sociale contact. Hierdoor raakt men minder snel in een sociaal isolement. Ook het lotgenotencontact, dat ontstaat door met meerdere MS-patiënten samen sportief actief te zijn wordt als een positief effect genoemd (Munnikshof et al., 2001).

#### 2.4.13 *Osteoporose*

##### *Effecten op het ontstaan van osteoporose*

Gewichtsdragende lichamelijke activiteit is van groot belang voor de opbouw van het bot (Silman & Hochberg, 1993; De Bruin, 1995; Panush & Lane, 1994). De maximale botmassa wordt bereikt tussen het 25-30ste levensjaar en is mede afhankelijk van de mate van lichamelijke activiteit in de kinderjaren en adolescentie. In een aantal gerandomiseerde studies is de rol van lichamelijke activiteit om osteoporose te voorkomen onderzocht. Er bestaat algemene consensus dat de botdichtheid toeneemt door een toename van functionele belasting. De effecten van de meeste studies zijn gericht op de botdichtheid. Uit een prospectief onderzoek is gebleken dat lichamelijke activiteit bij vrouwen tijdens en na de menopauze het botverlies in beperkte mate kan tegenhouden (Bouchard et al., 1994; Gezondheidsraad, 1991). Het Amsterdamse Groei Onderzoek toonde aan dat bij zowel mannen als vrouwen de botmassa 8 tot 10% dichter is bij lichamelijk actieve dan bij lichamelijk inactieve personen. De mate van lichaamsbeweging blijkt een groter effect te hebben op de botmassa dan het gehalte kalk in de voeding (Kemper et al., 1995). Vanaf ongeveer het 30ste jaar vindt een langzame afname van de botmassa plaats, bij vrouwen na de menopauze wordt deze afname versterkt ten gevolge van hormonale veranderingen. Lichamelijke activiteit zou het botverlies wel kunnen verminderen als in de latere post-menopauzale jaren de oestrogenspiegel zich stabiliseert (De Bruin, 1995). Heinonen et al. (1996) toonden recentelijk aan dat gewichtsdragende lichamelijke activiteit ook een toename van de botdichtheid bij vrouwen vóór de menopauze (35-45 jaar) kan bewerkstelligen.

##### *Effecten op het beloop van osteoporose*

Mensen met osteoporose kunnen met gewichtsdragende lichamelijke activiteit verder botverlies deels tegen gaan. Mensen met osteoporose hebben een verhoogde kans op

fracturen. Deze gevolgen van osteoporose kunnen door bepaalde soorten lichamelijke activiteit, zoals krachttraining en coördinatie-training, voorkómen worden (Coumans & Leurs, 1995; De Bruin, 1995).

#### 2.4.14 *Ziekte van Parkinson*

##### *Effecten op het ontstaan van de ziekte van Parkinson*

Uitgaande van de onderzoeken van Sasco et al. (1992) en Kuroda et al. (1992) heeft inspanning een positief effect op zowel het gezonde individu als de parkinsonpatiënt. Zowel de kans op het ontstaan van de ziekte als de mortaliteit nemen volgens hen iets af door regelmatige lichamelijke activiteit.

##### *Effecten op het beloop van de ziekte van Parkinson*

Uit het onderzoek van Protas et al. (1996a + b) blijkt dat de effecten van training over het algemeen te vergelijken zijn met trainingseffecten bij gezonde individuen, dus mogelijke toename in spierkracht, uithoudingsvermogen en mobiliteit. Of de patiënten in verhouding evenveel verbetering vertonen als gezonde individuen is niet duidelijk. Over de psychosociale invloed van bewegen op de ziekte bij de patiënten is niet veel duidelijk geworden. De patiënten hebben over het algemeen wel een positief gevoel na de lichamelijke inspanning maar verdere conclusies kunnen niet getrokken worden. Daarvoor is aan dit aspect te weinig aandacht besteed.

#### 2.4.15 *Reumatoïde artritis (RA)*

##### *Effecten op het ontstaan van RA*

Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat lichamelijke activiteit het risico op het ontstaan van RA verlaagt (De Bruin, 1994a).

##### *Effecten op het beloop van RA*

Leefstijlfactoren zoals lichamelijke activiteit en voeding lijken het beloop van RA gunstig te beïnvloeden (De Bruin, 1994a). RA-patiënten hebben vaak vele functionele beperkingen, die in een afname van de spierkracht en aërobe capaciteit tot uiting kunnen komen (Panush & Lane, 1994). Door gerichte oefenprogramma's kunnen spierkracht en aërobe capaciteit worden bevorderd. De effecten van krachttraining en aërobe oefenprogramma's bij RA zijn groter dan bij andere reumatische aandoeningen, zoals artrose en de ziekte van Bechterew. Het is voornamelijk niet duidelijk of dit iets zegt over het bewegingsprogramma of over de beperkte fysieke status van RA-patiënten vóór de training. In een aantal onderzoeken worden tevens positieve effecten gevonden van lichamelijke activiteit in de vorm van bewegingsprogramma's (aërobe dansprogramma's, ergometertrainingen) op het functioneren van patiënten met RA in het dagelijkse leven (Perlman et al., 1987; Perlman et al., 1990; Gerber, 1990).

### 2.4.16 *Samenvatting*

In tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van de primair preventieve effecten en tertiair preventieve effecten van bewegen op de eerder genoemde chronische aandoeningen.

Tabel 2.4 Overzicht van de primaire preventieve- en tertiair preventieve effecten van lichamelijke activiteit voor diverse specifieke chronische aandoeningen (gebaseerd op Mosterd et al., 1996 en Stiggelbout et al., 1998).

Chronische aandoening	Primair preventief effect	Tertiair preventief effect
Artrose	-	++
CVA	++	++
CARA/COPD	-	++
Coronaire hartziekten	+++	+++
Cystic fibrosis	-	++
Depressie	++	++
Diabetes mellitus type 2	+++	+++
Epilepsie	-	++
Fibromyalgie	-	+
Kanker	++	++
Multiple sclerose	-	+
Osteoporose	+++	++
Ziekte van Parkinson	-	+
Reumatische artritis	-	++
Rugklachten	+	+

+++ bewijskracht voor positief effect is overtuigend

++ sterke aanwijzingen voor positief effect

+ aanwijzingen voor positief effect

- geen aanwijzingen voor positief effect



## 3 Methode

### 3.1 Inleiding

Er is een prospectief niet gecontroleerd onderzoek uitgevoerd met voormeting, verschillende tussen-metingen en nameting. Er zijn verschillende onderzoeksmethodes toegepast.

De voormeting, een tussenmeting en de nameting met de deelnemers zijn schriftelijk uitgevoerd. Er zijn twee tussentijdse telefonische interviews gehouden met de deelnemers. De uitvallers zijn benaderd met een schriftelijke vragenlijst.

Er is een telefonisch interview gehouden met alle begeleiders in de beginfase van de projecten en er is een schriftelijke vragenlijst afgenomen bij alle begeleiders in de eindfase van de deelprojecten.

Tevens is een invitational expertmeeting georganiseerd met een aantal regio-coördinatoren, projectleiders en begeleiders van verschillende sportgroepen.

### 3.2 Fasering

Hieronder zijn de verschillende meetmethoden nader toegelicht:

I. Op M3 en M12 en M21 zijn schriftelijke vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers (of hun partners)

II. Op M8 en M17 is met behulp van Computer Aided Telephone Interview (CATI) een telefonisch interview afgenomen bij alle deelnemers (of hun partner)

III. Na ca 6 maanden is een telefonisch interview afgenomen bij de begeleiders van de groepen. Begeleiders zijn gevraagd om afvallers aan TNO-PG door te geven voor een exitinterview. Tegen het einde van de programma's is een schriftelijke vragenlijst afgenomen bij de begeleiders.

IV. Exit interviews: alle deelnemers die zijn uitgevallen binnen 18 maanden is een schriftelijke (exit) vragenlijst gestuurd, waarbij is gevraagd naar de reden(en) voor het stoppen en de mening over programma onderdelen.

Schema 1: Fasering

Tijdsas in maanden	0	M3	M8	M12	M17	M21	M24
	Vorbereiding	Nulmeting schriftelijk 1	Telefonisch interview 1	Tussen meting schrift 2	Telefonisch interview 2	Eindmeting schrift 3	Eind Rapportage

### 3.3 Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van een schriftelijke vragenlijst bij de start van het programma, na 9 maanden en na 18 maanden.

In de eerste vragenlijst zijn achtergrondvariabelen opgenomen, waaronder leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, hoogste afgemaakte schoolopleiding, woonsituatie, inkomensbron (mate waarin men al dan niet werkt).

Er is gevraagd naar de mate waarin men voldoet aan de NNGB. Dit is gedaan door na te gaan op hoeveel dagen per week men voldoet aan de gezondheidsnorm (d.w.z. minimaal 30 minuten per dag matig intensief bewegen) resp. fitheidsnorm (d.w.z. minimaal 20 minuten per dag zwaar intensief bewegen).

De (ervaren) kwaliteit van leven en gezondheid is gemeten met de SF-36 (Aaronson et al., 1998); De SF-36 bestaat uit acht schalen, te weten:

1. fysiek functioneren (10 items);
2. sociaal functioneren (2 items);
3. rolbeperking door fysieke problemen (4 items);
4. rolbeperking door sociale problemen (3 items);
5. mentale gezondheid (5 items);
6. vitaliteit (4 items);
7. pijn (2 items);
8. algemene gezondheidsbeleving (5 items).

Met betrekking tot de kwaliteit van leven worden trends in de tijd (verschillen tussen voormeting en metingen na 9 resp. 18 maanden) weergegeven. Er is een norm populatie beschikbaar van personen met dezelfde chronische aandoeningen en dezelfde gemiddelde leeftijd (en dezelfde leeftijdsspreiding) als de interventie groep. Van de normpopulatie heb je evenwel maar één meting beschikbaar. Hiermee kan worden nagegaan hoe de interventie groep scoort bij het instromen in het programma op de acht kwaliteit van leven dimensies vergeleken met een vergelijkbare groep lotgenoten.

Daarnaast is gevraagd naar het voorkomen (ja/nee) van specifieke chronische aandoeningen. Daarbij is gebruik gemaakt van de lijst van chronische aandoeningen vanuit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS van het Centraal Bureau voor de Statistiek). Deze lijst is voor het doel van dit project aangepast met enige specifieke chronische aandoeningen die niet in POLS zijn opgenomen.

Er zijn vragen opgenomen over de ZORGmethode activiteiten, zoals de kosten per keer, het aantal keer dat men per week deelnam. Via welke kanalen men in aanraking kwam met ZORGmethode, met wie men er samen heen gaat.

De reden voor deelname aan de ZORGmethode is gevraagd. De volgende categorieën zijn opgenomen: gezondheid, doktersadvies, voorlichting door NebasNsg, conditieverbetering, gewichtsreductie, voor uiterlijk, kwaliteit van begeleiding, tijdverdrijf, acceptatie door buitenwereld, eigen waarde, plezier, ontspanning, sociale contacten, samen met anderen bewegen, samen met lotgenoten, nieuwsgierigheid.

In de laatste schriftelijke vragenlijst zijn tal van vragen gesteld over de mening met betrekking tot de ZORGmethode. Er is gevraagd of men als gevolg van de ZORGmethode meer is gaan bewegen, en wat men dan is gaan doen. Er is gevraagd naar de mate van sociale steun bij deelname van zowel de partner, familieleden en kennissen. Er is ten slotte gevraagd of men van plan is te blijven deelnemen.

Tussentijds zijn er twee telefonische interviews gehouden naar de mate van tevredenheid. De eerste na 5 maanden richt zich op aspecten als de algemene tevredenheid, de tevredenheid met de begeleiding (aspecten: de begeleiding in het algemeen, de aandacht van de begeleider voor/na het programma en tijdens het programma, veiligheidsaspecten), de tevredenheid met diverse randvoorwaarden (aspecten: het aanvangstijdstip, de reistijd naar de accommodatie, de andere

deelnemers, deelnamekosten, vervoerskosten) en de tevredenheid met het programma als zodanig (aspecten: de duur, de inhoud, de intensiteit, de sfeer tijdens de les, de variatie in oefenstof, mogelijke eigen inbreng, de ervaren effecten van het programma, aandacht voor bewegen thuis).

Ten slotte is tijdens dit eerste interview gevraagd aan welke kwaliteitseisen men vindt dat bewegingsprogramma's voor chronische zieken moeten voldoen.

Tijdens het tweede interview na 14 maanden zijn de tevredenheidsvragen herhaald. Verder is dieper ingegaan op een aantal aspecten waaronder de kwaliteit van de accommodatie, zoals de hygiëne, de douchegelegenheid, de temperatuur in de ruimte waar gesport wordt. Ook is ingegaan op de zgn. 'derde helft' met andere woorden de periode na het sporten. Er werd gevraagd of men koffie kon drinken, en wat de deelnemers als meerwaarde ervan ervaren.

Tevens is gevraagd naar financiële aspecten met betrekking tot het programma, zoals de mening over de eigen bijdrage (hoe hoog zou deze behoren te zijn) en wie volgens de deelnemers het programma zou dienen te financieren

Er is ook ingegaan op de vraag of men het idee heeft dat men door het programma actiever in het sociaal-maatschappelijke leven staat.

Via de begeleiders, de deelnemers zelf en de telefonische interviewers is informatie verkregen wanneer deelnemers waren gestopt met deelname binnen de 18 maanden periode. Wanneer dat het geval was werd een exit formulier verstuurd. Belangrijkste doel is om inzicht te krijgen wat de motieven zijn om te stoppen. Tevens is gevraagd in welke periode men gestopt is en of men eventueel iets anders is gaan doen.

Er is aan het begin van de respectievelijke projecten een telefonisch interview gehouden met de regiocoördinatoren, de projectleiders en de begeleiders van de ZORGmethode groepen.

Tijdens dit interview is nagegaan welke rol de respondent had. Vervolgens is ingegaan op de opstart (setting, rol media etc) en uitvoeringsaspecten van de groepen. Daarna is ingegaan op de ondersteuning bij de activiteiten via NebasNsg en de samenwerking met andere beroepsgroepen en met gemeente, zorginstellingen en de sportsector. Ten slotte zijn enige achtergrondvragen gesteld (leeftijd, doordeweekse activiteit, opleiding).

Aan het eind van het project is een schriftelijke vragenlijst verstuurd naar alle betrokken regiocoördinatoren, projectleiders en begeleiders. Deze vragenlijst bevat informatie over de rol van de respondent, tal van vragen over de goede en minder goede onderdelen van het programma. Informatie is verzameld over de ideeën van de respondenten met betrekking tot de toekomst van ZORGmethode groepen. Het is onder meer de bedoeling om informatie te verzamelen in hoeverre de ZORGmethode activiteiten feitelijk waren beklifd, m.a.w. of de activiteiten voortgezet werden na het project en op welke manier dit dan plaats vond. Ook is aandacht besteed aan de ondersteuningsrol van NebasNsg in de toekomst en de verdere behoefte aan ondersteuning. Ten slotte is ingegaan op verschillende randvoorwaarden, zoals de prijs per les, de beoogde doelgroepen, de kwaliteitseisen van accommodaties etc.

### **3.4 Respons**

Het is van te voren ingecalculeerd dat niet alle deelnemers aan de diverse bewegingsgroepen van de ZORGmethode uiteindelijk deelnemen aan de monitorstudie. In de praktijk doet 76% (291 van de 383) van de deelnemers mee aan de studie, wat

zeer acceptabel en representatief genoemd kan worden. Redenen waarom mensen niet (kunnen) deelnemen zijn:

Niet bereidwillig mee te werken aan onderzoek	5%	N=20
Non-respons op 2e vragenlijst	6%	N=23
Deelnemers stromen in programma na zomer 2002	13%	N=49
Totaal	24%	N=92





## 4 Beschrijving van de projecten

### 4.1 Projectorganisatie

Het project kent de volgende algemene structuur:

Landelijk: Projectleider  
Regionaal: Regiomanagers  
Uitvoering: Projectteam

De **landelijke projectleider** coördineert de projecten, stuurt aan, verleent advies aan regionale projectleiders en projectteams.

**Regiomanagers** ondersteunen verenigingen en andere organisaties met een sport- en bewegingsaanbod voor mensen met een beperking en of chronische aandoening vanuit de regio en zijn goed op de hoogte van de regionale en provinciale situatie. Daarnaast hebben zij een nauwe samenwerking met de medewerkers bureau sport van de revalidatiecentra. Door de samenwerking met gemeenten zijn ook een aantal gemeentelijke sportconsulenten erg actief bij de ondersteuning aan de ZORGmethode.

**Projectteams** worden door de regionale projectleider geformeerd. Hierbinnen functioneren meestal:

- zorgaanbieder (bijv. medisch specialist, (para)medici, voorlichting van ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleegtehuis, Integraal Kankercentrum);
- patiëntenvereniging (participatie);
- gemeente;
- (sport) vereniging.

Aan de hand van het standaard projectplan wordt een passend projectplan met eigen begroting en taak- en functieomschrijving van de diverse partners beschreven. Na het opstarten van de bewegingsgroep(en) evalueren de projectteams gemiddeld eens per drie maanden.

### 4.2 De start: werving van projecten

De acquisitie van projecten is veelal verlopen via bestaande contacten (Revalidatie en Sport), regiomanagers van NebasNsg en patiëntenverenigingen.

De samenwerking met Integrale Kankercentra is aangegaan via een voorlichtingsbijeenkomst aan de coördinatoren van het revalidatieprogramma Herstel & Balans in september 2001.

Het aantal projecten dat is gestart bedraagt in:

- 7
- 20.

In totaal zijn er dus 27 groepen gestart, hetgeen meer is dan het aantal dat was gepland van 24 (twee per provincie).

Hieronder wordt aangegeven via welke kanalen verschillende projecten tot stand zijn gekomen.

## Patiëntenorganisaties

### a. Maag, Lever en Darm Stichting (MLDS)

De opzet van een project in samenwerking met de MLDS leverde vertraging op. De MLDS wilde graag een project voor kinderen met maag-, lever- of darmproblematiek speciaal gericht op tennis, vanwege participatie van de Koninklijke Nederlandse Lawn Tennis Bond (KNLTB). De werving van deelnemers bleek echter meer problemen op te leveren dan was voorzien. Besloten is om een oproep te laten plaats in de bladen van de 12 patiëntenverenigingen die bij de MLDS zijn aangesloten (o.a. Crohn en Collitus Ulcerosa Vereniging Nederland, Nederlandse Cystic Fibrosis stichting en de Alvleesklier Vereniging). Een groep van 6 kinderen heeft van mei 2002 tot april 2003 aan het kennismakingsproject deelgenomen en is vervolgens doorverwezen naar een tennisclub in de eigen woonomgeving.

### b. Whiplash Stichting Nederland

Binnen de Whiplash Stichting Nederland is het idee opgevat om een pilot te starten op het gebied van sportief bewegen en whiplash. In de Hoogstraat in Utrecht is juni 2002 gestart met een 4-tal kennismakingslessen. In het vervolgprogramma is gekozen voor een sport- en bewegingsgerichte aanpak. Deelnemers participeren zowel in bestaande bewegingsactiviteiten vanuit het Sport en Fitness Centrum van de Hoogstraat alsook aan reguliere of aangepaste activiteiten in de woonomgeving. De aanpassingen liggen met name op het gebied van een lagere intensiteit en indien nodig aangepaste sportmaterialen. Het volgen van deelnemers door de organisator blijkt nauwelijks mogelijk vanwege de grote spreiding van deelnemers binnen de aangeboden activiteiten.

### c. Parkinson Patiënten Vereniging

In overleg met de commissie bewegen van de Parkinson Patiënten Vereniging (PPV) zijn in Leeuwarden en in Emmen bewegingsgroepen gestart die werken volgens de ZORGmethode. De projecten worden uitgevoerd in nauwe samenwerking tussen de afdelingen van de PPV en de regionale projectleiding.

### d. Verder in Balans (VIB)

In samenwerking met de vereniging VIB is een aantal initiatieven ontplooid.

VIB is onder meer ondersteund om een bewegingsprogramma voor (ex-) kankerpatiënten te ontwikkelen dat minder inspannend en goedkoper was dan bestaande programma's. Zo is mede in samenwerking met de gemeente Venlo een zwemactiviteit ontstaan.

Zowel vanuit Amsterdam als Nijmegen kwam reeds de vraag om gezamenlijk met de Integrale Kankercentra Amsterdam en Oost een bewegingsactiviteit te gaan starten voor deelnemers na het revalidatieprogramma Herstel en Balans.

Via het Integraal KankerCentrum Noord zijn in Groningen deelnemers gerekruteerd via een terugkomdag van ex-revalidanten, waarbij bleek dat velen inmiddels al een sportplek hadden gevonden. Besloten is om de potentiële deelnemers te laten integreren in een juist ontstane bewegingsgroep (op basis van lage intensiteit) voor mensen met diverse chronische aandoeningen.

### e. Fibromyalgie Eendrachtig Sterk (FES)

Door een verandering van werkwijze in 2001 binnen de landelijke vereniging FES is de NebasNsg benaderd voor ondersteuning. Dit heeft geleid tot de start van een activiteit in Leusden. Deze vereniging heeft zich bij NebasNsg aangesloten.

Op initiatief van Sport- en Fitnesscentrum de Hoogstraat kon er een aanbod voor fibromyalgie patiënten starten in juni 2002. Er is gekozen voor een sport- en bewegingsgerichte aanpak en niet voor een diagnose gerichte aanpak. Men kon na kennismaking deelnemen aan bestaande activiteiten als Tai Chi Qigong (niet alle vormen van Tai Chi zijn geschikt), Body&Mind, A-Tacoyo en aangepaste fitness.

In samenwerking met de FES, de Reumapatiëntenbond (RPB) en met de ReumaPatiëntenVereniging Drachten is een pilot gestart in Drachten, specifiek voor mensen met fibromyalgie.

#### f. Reumapatiëntenbond

In Hoogeveen leidde een onderzoek van een fysiotherapiepraktijk in nauwe samenwerking met de RPV Hoogeveen tot een speciale fitnessactiviteit voor mensen met reumatische aandoeningen.

#### g. Multiple Sclerose Vereniging Nederland

De MS-vereniging Amsterdam is ondersteund bij de opzet van een specifieke zwemactiviteit voor mensen met MS in de regio Amsterdam.

#### h. Samen Verder

Met Samen Verder, de landelijke CVA-vereniging, zijn al jarenlang nauwe contacten op het gebied van sportief bewegen en worden al dan niet specifieke CVA of Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) bewegingsgroepen opgestart. In totaal zijn er inmiddels op meer dan 40 plaatsen in Nederland één of meerdere bewegingsgroepen actief. In het kader van de ZORGmethode zijn opnieuw in nauwe samenwerking een aantal groepen opgestart in Almelo, Arnhem, Ridderkerk en Goes. Daarnaast zijn er projecten waarbij naast CVA patiënten ook deelnemers zijn met andere chronische aandoeningen, zoals in Bedum, Emmeloord en Eindhoven. Een project in Winschoten bleek niet levensvatbaar, maar de deelnemers konden instromen in een SCALA-project (bewegingsprojecten voor 55-plussers met meerdere chronische aandoeningen in één groep).

### **Zorginstellingen**

#### a. Zorginstellingen

In Almere komt de vraag om een bewegingsprogramma vanuit revalidatiecentrum De Trappenberg/ Flevo ziekenhuis. In Maastricht vanuit de afdeling revalidatie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

#### b. Integrale Kanker Centra

De kankercentra zijn nauw betrokken bij de revalidatieprogramma's Herstel en Balans. Ex-deelnemers van Herstel en Balans willen graag ook na de revalidatie in groepsverband met lotgenoten blijven sporten. Samenwerking met de centra in Amsterdam, Groningen, Maastricht en Nijmegen heeft geleid tot de start van meerdere groepen. Getracht wordt om verdere afspraken te maken met de overkoepelende organisatie, de Stichting Herstel en Balans, zodat na revalidatie automatisch doorverwijzing plaats vindt naar een bewegingsactiviteit in de woonomgeving van de ex-revalidant. In de Stichting Herstel en Balans zijn vertegenwoordigd: de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen (NFK).

Getracht wordt om verdere afspraken te maken met de overkoepelende vereniging, de Vereniging Integrale Kanker Centra (VIKC) zodat na revalidatie automatisch doorverwijzing plaats vindt naar een bewegingsactiviteit in de woonomgeving van de ex-revalidant.

#### c. Verpleeghuizen

In Doetinchem, Emmeloord en Winschoten wordt samengewerkt met verpleeghuizen. In Doetinchem is naast het verpleeghuis het Slingelandt ziekenhuis betrokken en onderhoud het verpleeghuis tevens contacten met andere verpleeghuizen in de regio. In Winschoten bestaan vanuit het verpleeghuis eveneens nauwe contacten met het St. Lucas ziekenhuis en daarnaast met het maatschappelijk werk.

#### d. Revalidatiecentra

Bij diverse projecten is er samenwerking met revalidatiecentra, waaronder Groningen (Beatrixoord), Friesland (Revalidatie Friesland), Overijssel (Roessingh en Vogellanden), Gelderland (Groot Klimmendaal en St. Maartenskliniek), Utrecht (Hoogstraat), Zuid Holland (Sophia), Zeeland (RC Reigerbos) en Noord Brabant (Blixembosch).

#### e. Ziekenhuizen

In Emmen wordt samengewerkt met het Scheper Ziekenhuis. In Maastricht met het Academisch ziekenhuis Maastricht. Daarnaast zijn ziekenhuizen meer indirect bij het project betrokken zoals via de hierboven al genoemde verpleeghuizen, terwijl ook revalidatiecentra vaak samenwerkingsverbanden hebben met ziekenhuizen waardoor hulpvragen ontstaan (bijv. Trappenberg en Flevo ziekenhuis in Almere, Roessingh met dependances in diverse ziekenhuizen en Groot Klimmendaal en Slingelandtziekenhuis in Doetinchem).

Het project in Maastricht is na afloop van de projectperiode beëindigd (juli 2003) mede omdat er geen doorverwijzing meer plaats vond vanuit het ziekenhuis. Deelnemers zijn doorverwezen naar andere activiteiten.

#### f. Reumaconsulent

In Drachten is er nauw overleg geweest met de reumaconsulent en is de consulent tevens lid van de projectgroep.

### **Gemeenten**

In 17 van de projecten nemen gemeenten deel aan de ZORGmethode. De wijze van deelname verschilt echter.

De meeste gemeenten participeren in de projectgroep en hebben daarin van tevoren vastgestelde taken op zich genomen. Dit staat beschreven in de projectplannen die van elk project afzonderlijk zijn gemaakt. Belangrijkste taken die gemeenten uitvoeren zijn het zoeken van accommodatie en lesgevend kader. Een aantal gemeenten verschaft extra financiële ondersteuning aan de bewegingsgroepen, als startsubsidie of als vervolgsubsidie na het eerste jaar. Voorbeelden hiervan zijn Amsterdam, Smallingerland en Winschoten. Met een aantal gemeenten zijn gesprekken gaande om tot financiering van de structurele meerkosten te komen (o.a. Arnhem en Leusden).

## **4.3 Implementatie**

Aan de hand van het reeds beschreven standaard projectplan tracht men binnen 1,5 jaar de bewegingsgroep(en) op te zetten en structureel onder te brengen bij een (sport)

organisatie of men tracht voor de structurele uitvoering van de activiteiten een nieuwe organisatie op te zetten, welke zichzelf kan bedruipen. Op de huidige 27 locaties zijn de meeste activiteiten ondergebracht bij bestaande organisaties. In het geval van Verder in Balans (sporten voor mensen met en na kanker) in Amsterdam is er voor gekozen om een aparte stichting op te zetten. In tabel 4.1 wordt een totaaloverzicht gegeven van de organisaties waarbij de projecten zijn ondergebracht.

Tabel 4.1. Inbedding van de verschillende sport- en bewegingsgroepen in bestaande organisaties. Per project wordt aangegeven of de activiteit is ondergebracht bij een sportvereniging, een patiëntenvereniging of op een andere wijze.

Beweeggroep	Ondergebracht bij:		
	Sportvereniging	Patiëntenvereniging	Anders
Bedum			Stichting Welzijn Bedum
Winschoten	Gymvereniging BATO		
Groningen	De Deurdouwers (aangepast)		
Leeuwarden	VOAS (aangepast)		
Drachten		Reumapatiëntenvereniging Drachten	
Emmen			Gestopt en doorgedaan als groepsoefentherapie o.l.v. fysiotherapeut
Hoogeveen		RPV i.s.m. fitnesscentrum	
Almelo	De Klup (aangepast)		
Zwolle	De Peperbus (aangepast)		
Arnhem	In onderhandeling met gemeente en sportvereniging (aangepast)		
Doetinchem			Verpleeghuis
Nijmegen	Koprol (aangepast)		
Tiel	Sportvereniging Aktivas (aangepast)		
Almere	Recreatiesport Almere		
Emmeloord	Gymvereniging ODI		
Baarn	Geëindigd, leden doorverwezen naar tennisclubs		
Leusden		V.F.A.	
Utrecht 3/ Utrecht 4			SFC de Hoogstraat en overige reguliere en aangepaste sportactiviteiten
Amsterdam			Stichting ViB
Amsterdam		MSVN afdeling Amsterdam	
Ridderkerk	Sportvereniging ISR (aangepast)		
Goes	Body Action (doelgroepen)		
Terneuzen			Body Line (fitnesscentrum)
Geldrop	Sportvereniging (aangepast)		
Venlo		Verder in Balans	
Maastricht			Gestopt als activiteit; leden doorverwezen







## 5 Ervaringen vanuit het perspectief van het kader

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de ervaringen van het kader. Het betreft zowel de regioprojectleiders, de regiocoördinatoren en het kader dat de groepen direct heeft begeleid. Er wordt eerst ingegaan op de ervaringen in het huidige project en vervolgens worden de meningen voor het vervolg traject geïnventariseerd

### 5.2 Algemene positieve ervaringen

In tabel 5.1 worden de belangrijkste positieve ervaringen van de begeleiding gepresenteerd. De positieve reacties van de deelnemers worden het meeste gewaardeerd. Men ervaart de vooruitgang in gezondheid en fitheid daarnaast ook als erg positief.

Tabel 5.1 Belangrijkste positieve ervaringen van het kader. Het kader betreft zowel de regiocoördinatoren, de projectleiders en de docenten (in percentages; N=30).

Positieve ervaring	%
Positieve reacties deelnemers	86
Vooruitgang deelnemers in gezondheid, fitheid	76
Groei aantal deelnemers	35

#### *Standaard projectplan ZORGmethode*

NebasNsg heeft een standaard projectplan ontwikkeld dat gebruikt kan worden bij de opzet en de uitvoering van nieuwe ZORGmethode groepen. In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de begeleiders vinden of het projectplan adequaat is voor het gebruik. Van de respondenten geeft 83% aan dat het projectplan goed werkbaar is. De personen die negatief commentaar hebben, vinden het projectplan in sommige gevallen te uitgebreid. Ook wordt de suggestie gedaan om een vergelijkbaar stuk te maken voor deelnemers, hoewel hier wellicht ook de folder adequaat lijkt te zijn.

### 5.3 Algemene negatieve ervaringen

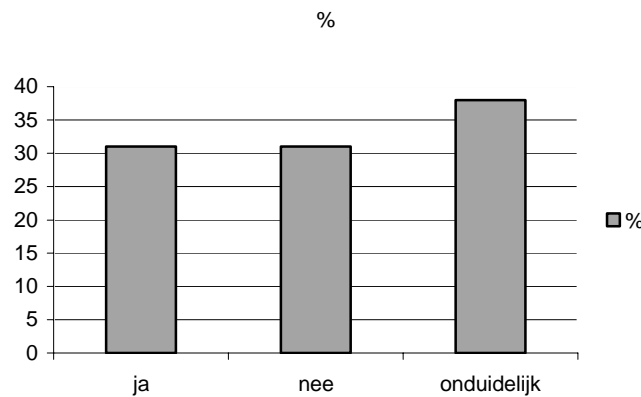
In tabel 5.2 worden de belangrijkste negatieve ervaringen van de begeleiding gepresenteerd. Het achterblijven van de opkomst van nieuwe deelnemers wordt veelvuldig genoemd. Uit ervaring van TNO blijkt er een grote discrepantie tussen de groepen te bestaan. Sommige groepen zijn steeds aangevuld met nieuwe deelnemers, terwijl er ook groepen zijn waarbij alle deelnemers op één moment instromen, waarna er geen nieuwe instroom meer geregistreerd is.

Tabel 5.2 Belangrijkste negatieve ervaringen van het kader. Het kader betreft zowel de regiocoördinatoren de projectleiders en de docenten (in percentages; N=30).

Negatieve ervaring	%
Opkomst nieuwe deelnemers blijft achter	28
Kost veel tijd	14
Groot verloop	10

De samenwerking met zorginstellingen is een van de pijlers waarop de ZORGmethode is gebouwd. Daarom is nagegaan in hoeverre er sprake is van het ontstaan van een structurele samenwerking.

Bij 31% van de ZORGmethode groepen is de samenwerking met zorginstellingen in de afgelopen periode structureel geworden. Bij eenzelfde aantal is dat niet het geval; ook is er een grote groep (38%) waarbij nog niet duidelijk is of er sprake is van een structurele samenwerking (figuur 5.1).



Figuur 5.1 De mate waarin de samenwerking met zorginstellingen structureel is geworden in de opstartfase van de projecten (in percentages; N=30).

#### *Positiebepaling ZORGmethode*

Er is (nog) geen eenduidigheid binnen het kader ten aanzien van de positiebepaling van de ZORGmethode. Enerzijds beschouwt men de methode als verlengstuk van de revalidatie en dus zorg gerelateerd, anderzijds neigt men ertoe de methode als sportactiviteit te benoemen. De ZORGmethode vormt de overgang tussen therapie en sport.

#### **5.4 Gewenste organisatorische structuur**

Er is geïnventariseerd vanuit welke organisatorische structuur een bewegingsgroep het beste ondergebracht kan worden. De meningen lijken verdeeld: een deel van de begeleiders meent dat de sportvereniging voor aangepast sporten de beste structuur is, maar ook de reguliere sportvereniging en de patiëntenvereniging krijgen steun van diverse begeleiders. Dit kan samenhangen met de huidige opzet, die door de begeleiding gesteund wordt. Alleen het zorgcircuit geniet relatief weinig steun (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Organisatorische structuur ZORGmethode in de toekomst volgens het kader (in percentages; N=30).

Organisatie	%
Aangepaste sportvereniging	41
Patiëntenvereniging	38
Reguliere sportvereniging	35
Zorgcircuit	7

## 5.5 Werven nieuwe deelnemers

In tabel 5.4 wordt aangegeven welke promotie middelen volgens het kader het beste kunnen worden ingezet om nieuwe deelnemers te werven voor ZORGmethode groepen in de toekomst. Mond-tot-mond reclame lijkt het beste te werken, daarna volgen het aanschrijven van leden van patiëntenverenigingen, het organiseren van een informatie avond en het verstrekken van financiële ondersteuning aan het kader.

Tabel 5.4 Keuze van promotionele activiteiten voor het werven van nieuwe deelnemers voor de ZORGmethode (in percentages; N=30).

Promotionele activiteit	%
Mond-tot-mond reclame	86
Aanschrijven leden patiëntenvereniging	79
Informatie avond	66
Financiële ondersteuning	66
Aanschrijven patiëntenbestand zorginstelling	59
Steun voor leiding organisatie	52
Advertentie in lokale krant	52
Ophangen posters	52

## 5.6 Aandacht voor en ondersteuning van ZORGmethode groepen

Er is nagegaan of de ZORGmethode groepen meer aandacht behoeven dan andere groepen binnen het aangepaste sporten. Tweederde van de respondenten meent dat dit niet het geval is.

Ook is nagegaan in hoeverre er behoefte blijft bestaan aan ondersteuning van de ZORGmethode groepen na de opstartperiode van 18 maanden. Ruim driekwart van het kader geeft te kennen dat men wel degelijk gebruik blijft maken van ondersteuning vanuit NebasNsg na de opstartfase.

Men heeft de meeste behoefte aan informatie overdracht over nieuwe ontwikkelingen, bij- en nascholingen, wijze van werven van nieuwe deelnemers, financiën en doorverwijzing vanuit de zorg (tabel 5.5).

Tabel 5.5 Behoeftte aan ondersteuning van het kader door NebasNsg in de toekomst (in percentages; N=30).

Ondersteuning	%
Informatie over nieuwe ontwikkelingen doorgeven	51
Bij- en nascholing	38
Werving nieuwe deelnemers	38
Vergaren financiën	35
Doorverwijzing vanuit zorg	35
Uitgave tijdschrift	21
Begeleiding psychosociale problemen	17
Organiseren lezingen	17
Doorverwijzen naar reguliere sport	14

Een belangrijk aspect bij de organisatie van ZORGmethode groepen betreft de keuze van de persoon die de groepen begeleidt. In tabel 5.6 is aangegeven aan welke achtergrond de meeste voorkeur wordt gegeven door de begeleiding. Een meerderheid van het kader is van mening dat de groepen het beste door een fysiotherapeut begeleid kunnen worden. Een kwart van het kader meent echter dat een CIOS'er het meest geschikt is, hetzelfde geldt voor een begeleider met als opleiding academie voor lichamelijke opvoeding. Ook oefentherapeuten Mensendieck en MBvO-docenten worden genoemd als geschikte begeleiders. Het verschil tussen begeleiding door fysiotherapeuten enerzijds en CIOS'ers en ALO'ers anderzijds hangt mede samen met het onderscheid tussen bewegen vanuit een zorgvisie of vanuit een sportvisie. Daarover bestaat geen eenduidigheid.

Tabel 5.6 Voorkeur voor achtergrond van begeleiders van ZORGmethode groepen volgens het kader (in percentages; N=30)

Achtergrond begeleiding	%
Fysiotherapie	38
CIOS	24
ALO	24
MBvO docent	10
Mensendieck, ergotherapie, etc	10

Er is tevens ingegaan op mogelijke problemen met betrekking tot het vinden van adequaat kader. Van degenen die hier hun oordeel over konden geven is bijna de helft (48%) de mening toegedaan dat men hier problemen mee heeft. Dit is een punt dat zeker aandacht verdient.

Van het kader geeft 65% aan in de toekomst behoefte te hebben aan bij- of nascholing. Men heeft vooral behoefte aan meer informatie over bewegen en gezondheid en hoe dergelijke informatie aan deelnemers wordt aangeboden, tevens heeft men behoefte aan een uitbreiding van de oefenstof en informatie over het gebruik van de materialen (tabel 5.7).

Tabel 5.7 Behoefte aan specifieke bijscholing(en) van het kader in de toekomst (in percentage (%); N=30).

Inhoud bij- of nascholing	%
Informatie over bewegen en gezondheid	46
Uitbreiding oefenstof	26
Gebruik oefenmaterialen	17
EHBSO	14
Werving deelnemers	11

## 5.7 De kosten van de ZORGmethode groepen

De eigen bijdrage voor de deelnemers aan de ZORGmethode bedragen circa €2,25 tot €3,00 per deelnemer per keer (per jaar = gemiddeld 40 weken = € 90 tot € 120) . Deze eigen bijdragen zijn gebaseerd op het feit dat er gedurende een uur in de sportzaal wordt getraind onder leiding van een deskundige. Mede uit de verenigingsmonitor van NOC\*NSF in 2000 is gebleken dat de gemiddelde jaarcontributie bij sportverenigingen voor volwassenen ca. € 91 bedroeg. Zwem- en fitnessactiviteiten zijn veelal duurder. Er is in vergelijking met reguliere sportactiviteiten van de algemene bevolking sprake van meerkosten die nu echter voor een belangrijk deel worden gedragen door NebasNsg en andere subsidieverstrekkingen. In de volgende tabel wordt aangegeven waardoor deze kosten volgens het kader van de ZORGmethode groepen vooral worden veroorzaakt (tabel 5.8).

Tabel 5.8 Oorzaken meerkosten van ZORGmethode groepen (in percentages; N=30)

Oorzaak meerkosten ZORGmethode	%
Kleine groepen	66
Specifiek opgeleid kader	45
Eisen aan accommodaties	41
Extra begeleiding	28
Aangepast materiaal	28

De meest genoemde oorzaak voor de meerkosten van de ZORGmethode betreft het feit dat er met relatief kleine groepen wordt gewerkt. Andere oorzaken voor de meerkosten zijn de hoge(re) eisen die worden gesteld aan het kader en aan de accommodaties.









## 6 Ervaringen vanuit het perspectief van de deelnemers

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het onderzoek bij de deelnemers. Deze resultaten zijn gebaseerd op een 1e schriftelijke vragenlijst aan het begin van het project (m.a.w. wanneer deelnemers net zijn ingestroomd), een 1e telefonisch interview na 5 maanden, een 2e vragenlijst na 9 maanden, een 2e interview na 14 maanden en tenslotte een 3e schriftelijke vragenlijst na afloop van het programma, na 18 maanden. Alle uitvallers hebben een exit vragenlijst ontvangen.

De verschillende projecten zijn op verschillende momenten in de tijd gestart (zie Hoofdstuk 4). Dit heeft ertoe geleid dat bij een aantal projecten deelnemers slechts gedurende een deel van de monitorstudie betrokken zijn en daarom maar 2 schriftelijke vragenlijsten en 1 interview hebben ontvangen. Dit heeft ook geleid tot een verschil in het aantal respondenten.

### 6.2 Groepen mensen met chronische aandoeningen participierend in de ZORGmethode

In tabel 6.1 worden alle groepen gepresenteerd die hebben deelgenomen aan de Monitorstudie van de ZORGmethode. In dit overzicht wordt informatie gegeven over de locaties van de projecten, met plaatsen, specifieke doelgroepen, startdatum en het uiteindelijke aantal deelnemers binnen het onderzoek.

Aandoeningen	Aantal bewegingsgroepen
CVA	10 Bewegingsgroepen
kanker	4 Bewegingsgroepen
fibromyalgie	2 Bewegingsgroepen
parkinson	2 Bewegingsgroepen
chronische pijn	2 Bewegingsgroepen
MS	1 Bewegingsgroepen
maag, lever, darmaandoeningen	1 Tennisgroep
reumatische aandoeningen	1 Bewegingsgroepen
diverse chronische aandoeningen	2 Bewegingsgroepen
divers aanbod voor fibromyalgie en Whiplash	

Er zijn in totaal 27 projecten gestart in de onderzoeksperiode. De groepen betreffen diverse chronische aandoeningen:

Tabel 6.1 Overzicht ZORGmethode projecten.

Project	Plaats	Doelgroep	Start datum	Deelnemers ZORG methode
Drente 1	Emmen	Parkinson	5/2002	12
Drente 2	Hoogeveen	Reumatische aandoeningen	1/2003	11
Flevoland 1	Emmeloord	CVA & diverse chronische aandoeningen	3/2002	15
Flevoland 2	Almere	Chronische pijn	3/2002	6
Friesland 1	Leeuwarden	Parkinson	9/2001	17
Friesland 2	Drachten	Fibromyalgie	4/2002	30
Gelderland 1a	Arnhem	CVA	6/2001	11
Gelderland 1b	Doetinchem	CVA	2/2002	11
Gelderland 2	Nijmegen	Kanker	1/2002	24
Gelderland 3	Tiel	CVA	10/2002	8
Groningen 1	Bedum	Diverse chronische aandoeningen	3/2001	22
Groningen 2a	Winschoten	CVA	3/2002	18
Groningen 2b	Haren	Kanker	3/2002	4
Limburg 1	Venlo	Kanker	8/2001	12
Limburg 2	Maastricht	Chronische pijn	6/2002	12
Noord Brabant 1	Geldrop	CVA	1/2002	13
Noord Holland 1	Amsterdam	Kanker	3/2001	49
Noord Holland 2	Amsterdam	MS	1/2002	13
Overijssel 2a	Almelo	CVA	10/2001	8
Overijssel 2b	Zwolle	CVA	1/2002	4
Utrecht 1	Baarn	Maag/lever/darm ziekte	5/2002	6
Utrecht 2	Leusden	Fibromyalgie	1/2002	20
Utrecht 3	Utrecht	Whiplash	9/2002	20
Utrecht 4	Utrecht	Fibromyalgie	9/2002	7
Zeeland 1	Goes	CVA	4/2002	11
Zeeland 2	Terneuzen	CVA	9/2002	10
Zuid Holland 1	Ridderkerk	CVA	3/2002	10
<b>Totaal</b>				<b>384</b>

De huidige omvang van de groepen loopt uiteen van 5 tot maximaal 15 deelnemers. Bij meer deelnemers worden groepen gesplitst. Opvallend laag in bovenstaand overzicht (tabel 6.1) scoren Haren en Zwolle. De deelnemers in Haren zijn ondergebracht in een bestaande groep met diverse chronische aandoeningen. De groep in Zwolle bestaat uit 14 personen, waarvan er maar 4 aan het onderzoek wilden deelnemen. De gestarte groep in Winschoten is later samengesmolten met een SCALA groep. Alleen de deelnemers van de oorspronkelijke CVA bewegingsgroep zijn in de monitorstudie van TNO betrokken. Opvallend is het grote aantal deelnemers in Amsterdam. Het betreft hier 2 groepen van 15 personen, waarbij veel uitval plaats vindt door gezondheidsklachten en vermoeidheid. Regelmatige instroming van nieuwe deelnemers zorgt voor het op peil houden van de groepen en het hoge aantal deelnemers in het onderzoek. De aantallen zijn dus niet de deelnemersaantallen van de groepen, maar het totale aantal, dat aan de monitorstudie van TNO meewerken.

### 6.3 Aard van de chronische aandoeningen en co-morbiditeit

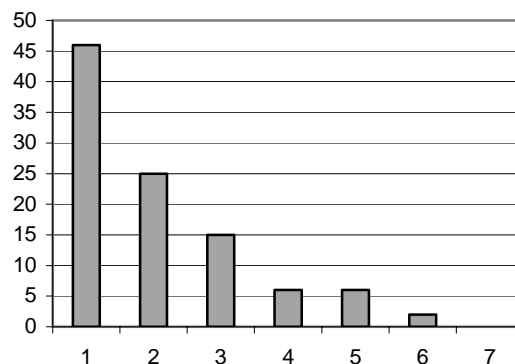
Er is een aantal groepen voor specifieke chronische aandoeningen opgenomen in de ZORGmethode, zoals CVA, fibromyalgie, kanker, MS, ziekte van Parkinson en whiplash. Ook zijn er diverse groepen opgezet als combinatie groepen met daarin meerdere chronische aandoeningen. Het blijkt dan dikwijls om artrose en reumatoïde artritis te gaan. In de groepen zijn echter ook tal van mensen met andere chronische aandoeningen opgenomen waaronder osteoporose, depressie en astma, het betreft hierbij veelal co-morbiditeit (tabel 6.2; figuur 6.1).

Tabel 6.2 Overzicht van de belangrijkste chronische aandoeningen van de deelnemers aan het ZORGmethode onderzoek (in absolute aantallen en percentages; deelnemers kunnen meerdere chronische aandoeningen hebben).

Aandoening	%	N
Kanker	25	71
Fibromyalgie	23	66
Chronische pijn / rugaandoening	22	64
CVA	19	54
Ziekte van Parkinson	8	24
Multiple sclerose	7	19
Whiplash	7	19
<b>Co-morbiditeit:</b>		
Artrose	28	80
Depressie	15	44
Reumatoïde artritis	11	31
Astma	10	28
Osteoporose	9	25

De groep voor kinderen met maag, lever en darmziekten is hierbij niet meegenomen.

In figuur 6.1 wordt het percentage respondenten weergegeven met het aantal chronische aandoeningen dat zij rapporteren. Wanneer mensen meer dan één chronische aandoening hebben, spreekt men over co-morbiditeit. Er zijn 156 deelnemers (55%) die meer dan 1 chronische aandoening rapporteren. In totaal hebben alle deelnemers gezamenlijk gemiddeld 2,01 chronische aandoening (figuur 6.1).



Figuur 6.1 Mate van co-morbiditeit van de deelnemers aan de ZORGmethode (in percentages; N=286).

## 6.4 Aanmeldingskanalen

Het specifieke aan de ZORGmethode is dat door de samenwerking tussen zorg en sport deelnemers een specifiek sportprogramma krijgen aangeboden in een tussenfase na de revalidatie van een ziekte c.q. de behandeling van een ziekte en voor men eventueel kan deelnemen aan regulier sportaanbod. Men kan op verschillende manieren worden benaderd om deel te nemen: via ziekenhuizen, revalidatie centra, maar ook via patiëntenverenigingen of zorgverleners (arts, fysiotherapeut). Tabel 6.3 presenteert de kanalen via welke de deelnemers aan de monitorstudie van de ZORGmethode zijn ingestroomd. De meeste deelnemers aan de ZORGmethode zijn via een patiëntenvereniging in aanraking gekomen met het programma. Ook zijn relatief veel deelnemers via het ziekenhuis resp. een revalidatiecentrum doorgestuurd. Het aandeel van de patiënten die door fysiotherapeuten en huisartsen is doorgestuurd is betrekkelijk gering.

Tabel 6.3 De setting waardoor de deelnemers zijn benaderd voor de ZORGmethode (in absolute aantallen en percentages).

Contact medium	N	%
Patiënten vereniging	120	42
Ziekenhuis / revalidatie centrum	78	27
Media	32	11
Gemeente	14	5
Huisarts	10	4
Fysiotherapeut	2	1
Anders	29	10
Totaal	285	100

## 6.5 Achtergrond informatie over deelnemers

In tabel 6.4 worden de achtergrondgegevens gepresenteerd van de totale groep deelnemers aan de ZORGmethode (n=286).

Ruim tweederde van alle deelnemers is vrouw. Ongeveer een derde van de deelnemers is onder de 50 jaar. De helft van de deelnemers is in de leeftijd van 50 tot en met 65 jaar en 13% is ouder dan 65 jaar. Van de deelnemers is bijna tweederde gehuwd samenwonend en 4% weduwe/weduwenaar.

Van alle deelnemers heeft 28% universiteit of HBO als hoogste opleiding genoten. Ongeveer een kwart van de deelnemers heeft een lagere opleiding (LBO) genoten.

Een grote meerderheid van de deelnemers woont in een huis/flat met verdiepingen en een kwart woont in een huis/flat gelijkvloers.

Ruim eenderde van de deelnemers ontvangt een sociale uitkering. Minder dan een derde van de deelnemers geeft aan dat ze hun inkomen door werk ontvangt (29%).

Tabel 6.4 Overzicht van achtergrondvariabelen van de deelnemers aan de Monitorstudie van de ZORGmethode. De variabelen zijn burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding, woon situatie en inkomensbron meeste inkomen (in absolute aantallen en percentages).

Achtergrond variabelen	N	%
<b>Geslacht</b>		
Man	88	31
Vrouw	198	69
<b>Leeftijdscategorie</b>		
Tot 40 jaar	37	13
41-45 jaar	34	12
46-50 jaar	29	10
51-55 jaar	55	19
56-60 jaar	60	21
61-65 jaar	29	10
65 jaar en ouder	42	15
<b>Burgerlijke staat</b>		
Gehuwd samenwonend	182	64
Ongehuwd samenwonend	21	7
Gescheiden	30	11
Weduwe / weduwnaar	12	4
Nooit getrouwd of samenwonend geweest	39	14
<b>Hoogst genoten opleiding</b>		
Universiteit, HBO	80	28
Gymnasium, VWO, HBS, MMS	11	4
MBO, HAVO, HBS (3 jaar)	45	16
ULO, MULO, MAVO	57	20
LBO	75	26
Anders	18	6
<b>Woonsituatie</b>		
Inwonend of verzorgingsflat	1	0,3
Serviceflat of aanleun woning	2	0,7
Huis/flat gelijkvloers	70	25
Huis/flat met verdiepingen	200	70
Anders	13	4
<b>Inkomensbron meeste inkomen</b>		
Loon of salaris	83	29
VUT	15	5
AOW	45	16
Pensioen	25	9
Sociale uitkering	101	35
Anders	17	6

## 6.6 Verwachtingen van de deelnemers

Om de verwachtingen van de deelnemers te kunnen inschatten is gevraagd naar de redenen voor deelname, aangezien dit aan moet geven met welke ideeën c.q. wensen de deelnemers met het programma gestart zijn. In tabel 6.5 worden de redenen voor deelname gepresenteerd. De meeste deelnemers wensen hun gezondheid en fitheid te bevorderen via de ZORGmethode. Een aantal andere belangrijke redenen voor deelname zijn ontspanning, plezier en ook de kwaliteit van de begeleiding is van belang.

Tabel 6.5 Belangrijkste redenen voor deelname aan de ZORGmethode (in percentages; N=286).

Reden deelname	%
Gezondheid	91
Conditie	86
Ontspanning	72
Plezier	68
Kwaliteit van de begeleiding	67
Sociale contacten	56
Samen sporten	55
Zelfvertrouwen	40
Voorlichting door NebasNsg	31
Doktersadvies	28

In tabel 6.6 wordt ingegaan op de wijze waarop deelnemers naar de ZORGmethode accommodatie toegaan. De meeste deelnemers gaan alleen naar het programma toe. Ook gaat een deel samen met collega deelnemers of met hun partner of kennis.

Tabel 6.6 Wijze waarop de deelnemers naar de ZORGmethode toe gaan (in percentages; N=286).

Met wie gaat men samen:	%
Alleen	66
Met andere deelnemer(s)	16
Met partner	11
Met kennis	7

## 6.7 Sociale steun vanuit de omgeving

In de tabellen 6.7 wordt de sociale steun weergegeven die deelnemers aan de ZORGmethode ontvangen van hun omgeving. Deze informatie is afkomstig van alle deelnemers die drie vragenlijsten hebben ingevuld en betreft daardoor degenen die gedurende 18 maanden hebben meegedaan aan de ZORGmethode.

Tabel 6.7 Mate van sociale steun die deelnemers ontvangen van hun partners, familie en vrienden/kennissen (in percentages; N=133; + (heel) veel steun, +/- niet veel steun en niet weinig steun, - (heel) weinig steun).

	Partner			Overige familie			Vrienden/ Kennissen		
	+	+/-	-	+	+/-	-	+	+/-	-
Totaal	79	17	4	42	41	17	27	45	28
CVA	87	13	-	52	32	16	46	31	23
Artrose	74	22	4	39	45	16	12	55	33
Kanker	72	17	11	31	45	24	12	45	43
Fibromyalgie	74	21	5	48	41	11	22	52	26
Ziekte van Parkinson	87	13	-	44	33	23	33	39	28
Rug aandoening	64	28	8	48	39	13	20	52	28
MS	80	20	10	30	60	20	31	54	15

Ruim driekwart (79%) van alle deelnemers hebben (heel) veel steun ontvangen voor deelname van hun partner. De mate van steun neemt af bij 'hun overige familieleden' (42%) en bij hun 'vrienden en kennissen' (27%). Wanneer naar specifieke aandoeningen wordt gekeken valt op dat CVA patiënten en mensen met de ziekte van Parkinson 87%, MS-patiënten 80%, iets hoger scoren dan gemiddeld en fibromyalgie patiënten en artrosepatiënten (74%), kankerpatiënten (72%) en mensen met rugaandoeningen (64%) wat lager scoren.

Deelnemers ontvangen meer steun van hun partner dan van hun overige familieleden en vrienden / kennissen. Dat geldt zowel voor de totale groep als ook voor de specifieke chronische aandoeningen.

## 6.8 Ontwikkelingen in het sport- en bewegingsgedrag van de deelnemers

Er is nagevraagd in hoeverre mensen meer zijn gaan bewegen (mede) als gevolg van de ZORGmethode.

Van de deelnemers die 18 maanden hebben deelgenomen (N=133) geeft **ruim tweederde** (68%) aan dat ze **meer zijn gaan bewegen** als gevolg van de ZORGmethode (N=133).

Ook is gevraagd in hoeverre men meer plezier heeft gekregen in sport en bewegen. Van de deelnemers die 18 maanden hebben deelgenomen (N=133), geeft **75% aan (veel) meer plezier in het bewegen** te hebben gekregen (mede) als gevolg van de ZORGmethode.

Voor het onderhouden van de gezondheid dient iedere volwassene bij elkaar genomen 30 minuten of langer matig intensief lichamelijk actief te zijn op de meeste - bij voorkeur alle - dagen van de week.

Dat geldt in principe ook voor mensen met een chronische aandoening. Daarbij wordt echter als aanvulling gesteld dat feitelijk iedere toename van lichamelijke activiteit gestimuleerd dient te worden.

In tabel 6.8 wordt in beeld gebracht hoeveel dagen per week de deelnemers ten minste 30 minuten matig intensief bewegen tijdens de zomerperiode en de winterperiode. Aan alle deelnemers is telkens gevraagd hoeveel dagen men respectievelijk in de zomer en winter aan de NNGB voldoet. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt tussen het tijdstip van aanmelding (T1: start van de Zorgmethode) en respectievelijk 9 (T2) en 18 maanden (T3) later.

Tabel 6.8 Aantal dagen waarop deelnemers ten minste 30 minuten matig intensief bewegen, opgesplitst naar zomer - winter (in percentages; N=133, alleen de onderzoekspopulatie die alle drie vragenlijsten heeft ingevuld is meegenomen).

Aantal dagen met 30 min. lichaams- beweging	ZOMER			WINTER		
	T1	T2 + 9 mnd	T3 + 18 mnd	T1	T2 + 9 mnd	T3 + 18 mnd
0	9	16	11	9	15	11
1	9	5	6	13	12	16
2	9	11	14	24	23	17
3	16	20	14	13	15	16
4	15	13	17	7	9	14
5	12	11	14	13	9	8
6	9	6	6	3	6	3
7	22	17	18	18	13	15

Uit tabel 6.8 blijkt dat de mate van lichamelijke inactiviteit (geen enkele dag ten minste 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging) na 9 maanden zowel in de zomer als in de winter gestegen was in vergelijking met de start, na 18 maanden was de inactiviteit vergelijkbaar met de start van het programma. Het feit dat toch een redelijk percentage van de deelnemers – ondanks hun deelname aan de ZORGmethode – aangeeft nul dagen aan de NNGB te voldoen, hangt mede samen met het feit dat ze deze activiteit niet als matig intensief beschouwen.

De mate waarin deelnemers aan de norm voldoen (>4 dagen) is zowel in de zomer als in de winter licht gedaald na 18 maanden. De tabel toont verder aan dat er lichte schommelingen zijn tussen de dagen dat men aan de norm voldoet per seizoen (zomer versus winter) en onderzoeksfase (T1 – T3).

## 6.9 Ontwikkelingen in de kwaliteit van leven en gezondheid

De kwaliteit van leven is gemeten met behulp van de SF-36, welke een algemeen erkend instrument is voor dit doel. Zoals in Hoofdstuk 2.3 reeds is genoemd worden de volgende acht dimensies gemeten.

1. fysiek functioneren (10 items);
2. sociaal functioneren (2 items);
3. rolbeperking door fysieke problemen (4 items);
4. rolbeperking door sociale problemen (3 items);
5. mentale gezondheid (5 items);
6. vitaliteit (4 items);
7. pijn (2 items);
8. algemene gezondheidsbeleving (5 items).

De score per dimensie lopen van 0 - 100, waarbij een hoge score wijst op een goede gezondheid of relatief weinig gezondheidsklachten. Naast deze vragen is nog een aparte vraag opgenomen over de gezondheidsverandering die de deelnemers bij zichzelf bemerken.

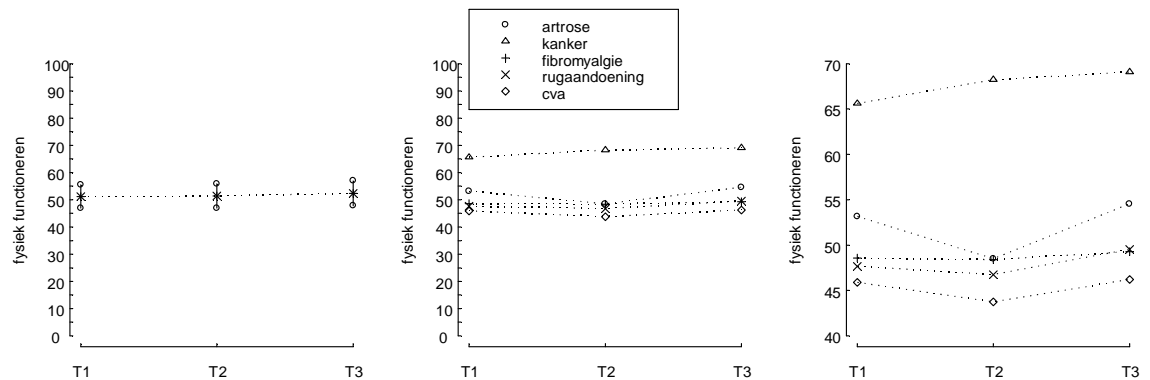
Horizontaal worden telkens drie figuren (a-c) weergegeven per dimensie. Het eerste figuur betreft de weergave van de dimensie van de totale groep, het tweede figuur is de weergave van de dimensie van een aantal specifieke chronische aandoeningen,



waarvoor specifieke ZORGmethode groepen zijn opgezet en waarvan voldoende gegevens beschikbaar zijn. Het derde figuur betreft dezelfde figuur als figuur b, echter meer ingezoomd ter verduidelijking van de verschillen.

Na de tekstuele toelichting volgen nog drie figuren (d-f) waarbij telkens de waarden van de dimensie bij drie verschillende aandoeningen (artrose, kanker en rugaandoeningen) worden vergeleken met een normpopulatie van personen met dezelfde chronische aandoening en gemiddelde leeftijd (en een vergelijkbare leeftijdspreiding) die niet aan de ZORGmethode deelnemen. Er kan alleen vergeleken worden met deze drie aandoeningen, daar in het normbestand dat beschikbaar is alleen voor deze aandoeningen voldoende deelnemers zijn om significante verschillen te kunnen identificeren.

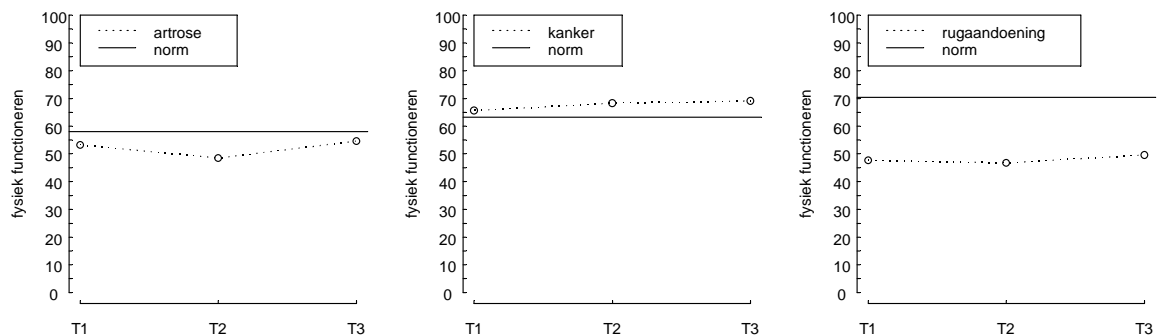
### Fysiek functioneren



Figuur 6.2a-c Mate van fysiek functioneren deelnemers ZORGmethode

In figuur 6.2a-c wordt de mate van fysiek functioneren van de totale groep weergegeven (6.2a; met gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen (b-c) m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroot; 0 punten is laagste score, 100 hoogste.

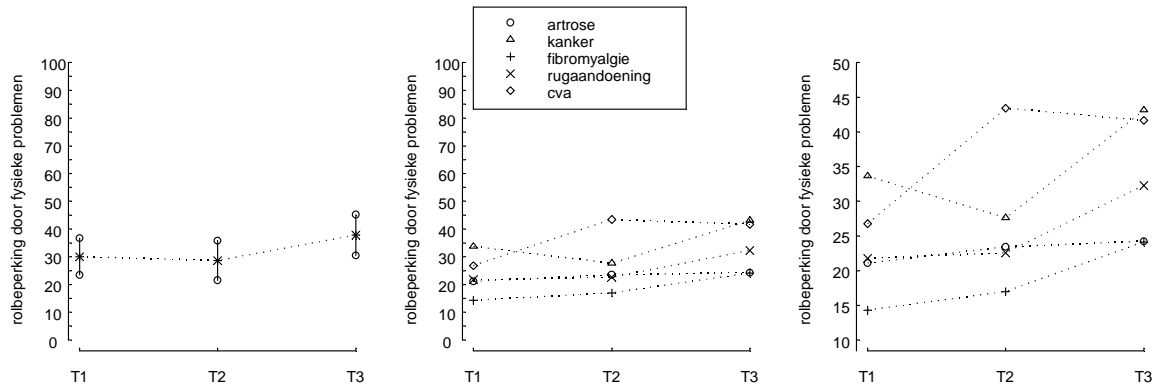
Er is bij het fysiek functioneren geen significant verschil tussen de drie metingen. Wanneer naar de verschillende chronische aandoeningen gekeken wordt, blijkt dat kanker patiënten op alle metingen het hoogste scores (figuur 6.2b-c).



Figuur 6.2d-f Mate van fysiek functioneren van artrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

In de figuren artrose, kanker en rugaandoeningen worden de effecten weergegeven van de ZORGmethode bij deelnemers met rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie. Deelnemers met rugaandoeningen blijken significant lager te scoren ( $p < 0,001$ ).

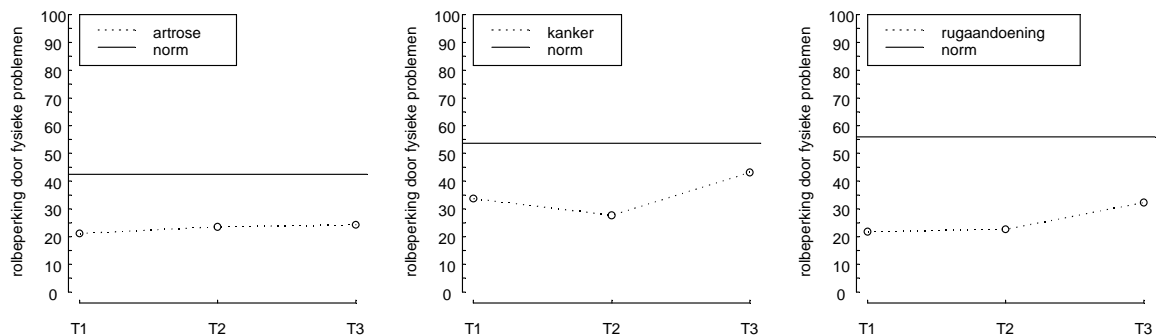
### Rolbeperking door fysieke problemen



#### 6.3a-c Mate van rolbeperking door fysieke problemen deelnemers ZORGmethode

In figuur 6.3.a-c wordt de mate van rolbeperking door fysieke problemen van de totale groep weergegeven (6.3a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen (b-c) m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroet; 0 punten is laagste score en tevens meest subjectieve rolbeperking, 100 hoogste score en tevens minste subjectieve rolbeperking.

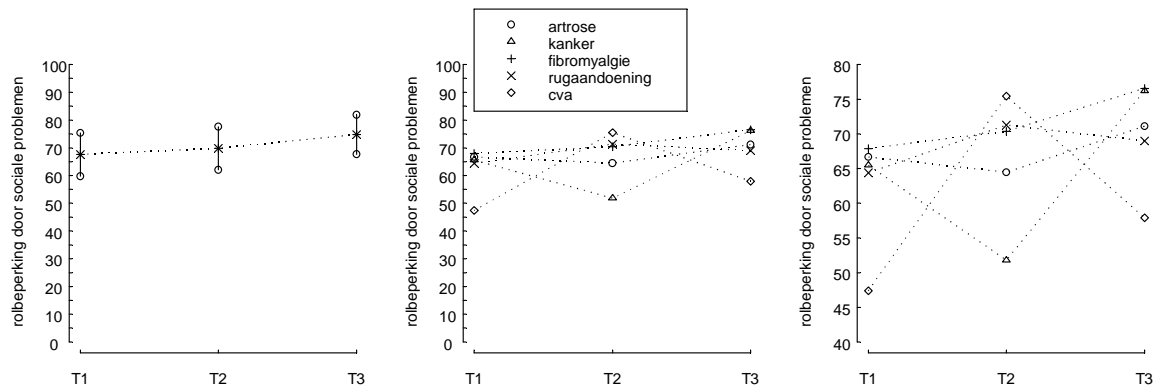
Op de dimensie rolbeperking door fysiek functioneren is een significante stijging bij meting 3 in vergelijking met meting 1 bij de totale groep ( $p = 0.03$ ; figuur 6.3a). Alle chronische aandoeningen laten een (licht) stijgende lijn zien (figuur 6.3b-c). Dit betekent dat de subjectieve beperking licht is verminderd.



Figuur 6.3d-f Mate van rolbeperking door fysieke problemen van artrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

De figuren kanker geven de effecten weer van de ZORGmethode bij deelnemers met artrose, kanker en rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie. Artrose en rugaandoeningen scoren hierbij significant lager ( $p < 0,001$ ).

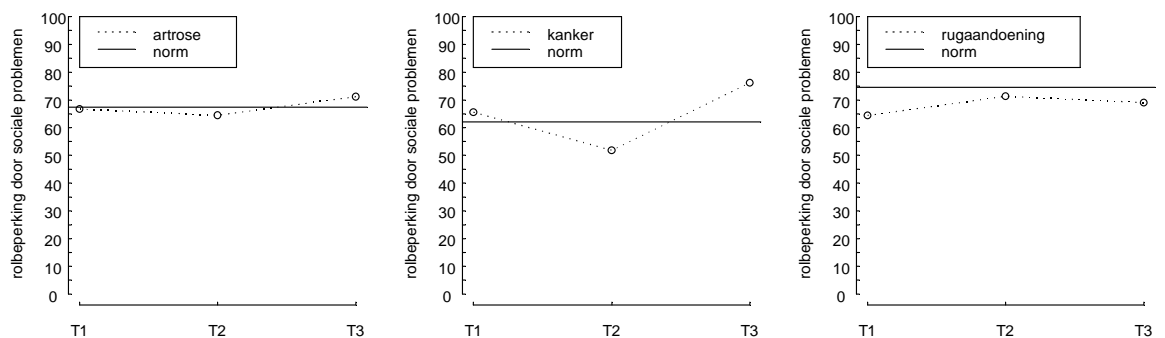
### Rolbeperking door sociale problemen



Figuur 6.4a-c Mate van rolbeperking door sociale problemen deelnemers ZORGmethode.

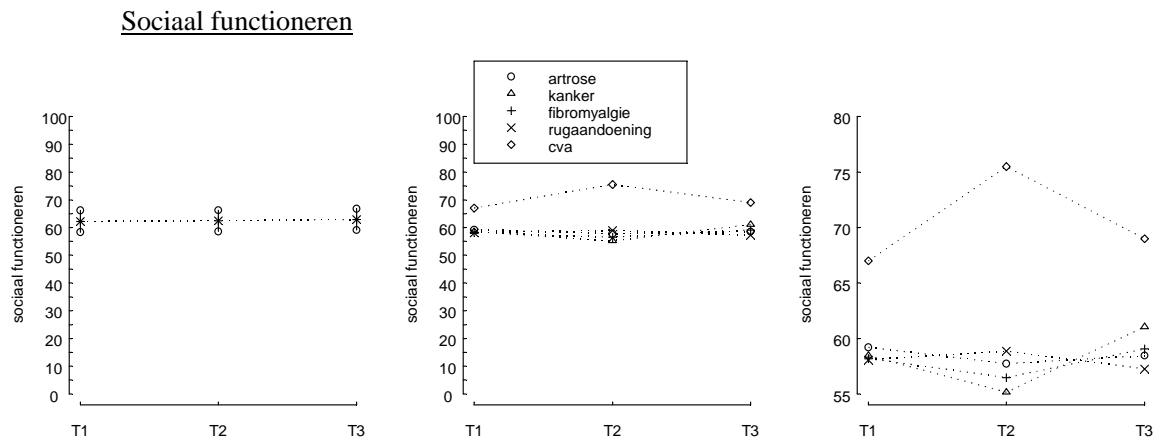
In figuur 6.4a-c. wordt de mate van rolbeperking door sociale problemen bij de totale groep weergegeven (6.4a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen (b-c) m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroet; 0 punten is laagste score en meeste subjectieve rolbeperking, 100 hoogste score en tevens minste subjectieve rolbeperking.

Op de dimensie rolbeperking door sociaal functioneren is een significante stijging bij meting 3 in vergelijking met meting 1 bij de totale groep ( $p = 0.05$ ; figuur 6.4a). Alle chronische aandoeningen laten een (licht) stijgende lijn zien (figuur 6.4b-c).



Figuur 6.4d-f Mate van rolbeperking door sociale problemen van artrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

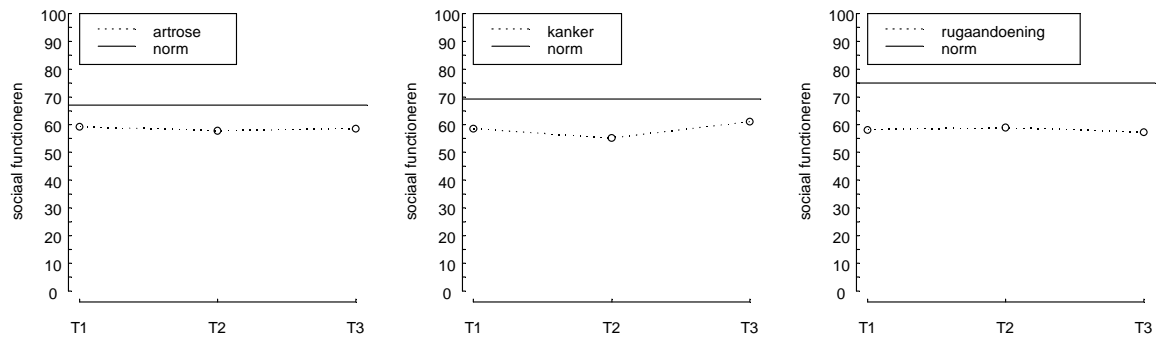
Er zijn geen significante verschillen tussen deelnemers aan de ZORGmethode met artrose, kanker en rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie.



Figuur 6.5a-c Mate van sociaal functioneren deelnemers ZORGmethode.

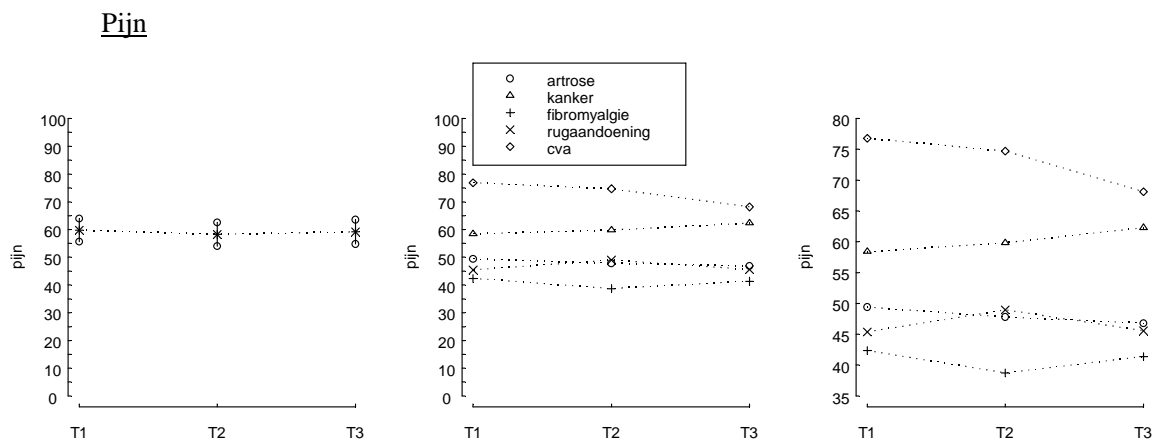
In figuur 6.5a-c wordt de mate van sociaal functioneren bij de totale groep weergegeven (6.5a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen (b-c) m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroet; 0 punten is laagste score, 100 hoogste.

Er is bij sociaal functioneren geen significant verschil tussen de drie metingen. Wanneer naar de verschillende chronische aandoeningen wordt gekeken, blijkt dat CVA-patiënten op alle metingen het hoogste scores (figuur 6.5b-c).



Figuur 6.5d-f Mate van sociaal functioneren van artrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

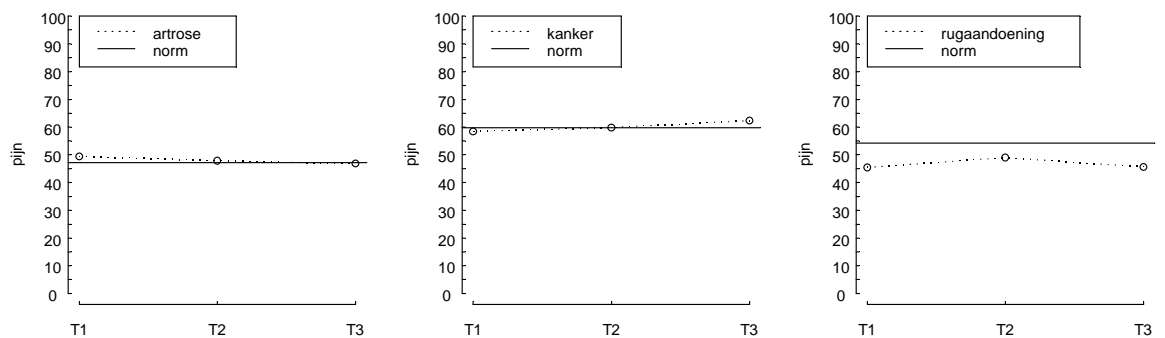
De figuren 6.5d-f geven de effecten van de ZORGmethode weer bij deelnemers met artrose, kanker en rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie. Deelnemers met rugaandoeningen scoren significant lager ( $p < 0,001$ ).



Figuur 6.6a-c Mate van pijn deelnemers ZORGmethode

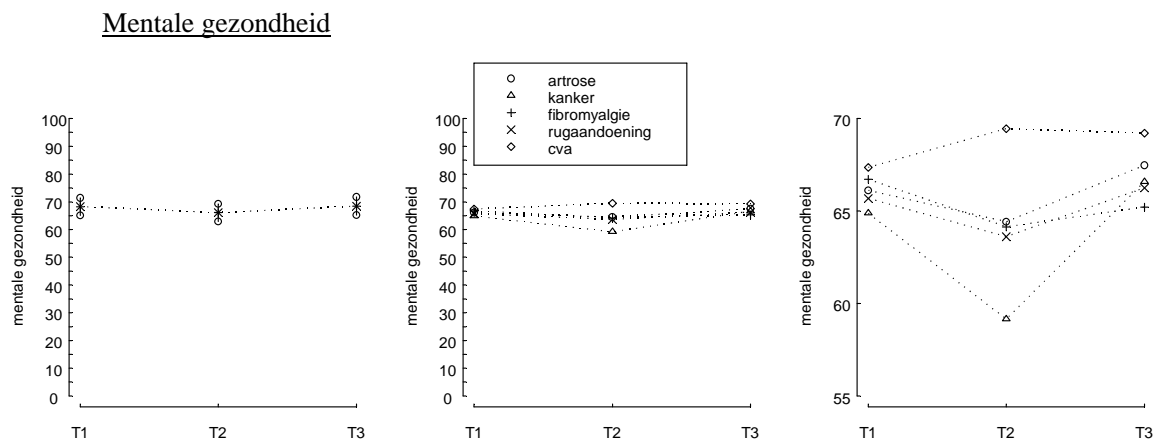
In figuur 6.6a-c wordt de mate van pijn bij de totale groep deelnemers weergegeven (6.6a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen (6.6b-c) m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroot; 0 punten is laagste score en tevens de meest ervaren pijn, 100 is de hoogste score en tevens de minst ervaren pijn.

Er is bij pijn geen significant verschil tussen de drie metingen. Wanneer naar de verschillende chronische aandoeningen gekeken wordt, blijkt dat CVA patiënten de minste pijnklachten hebben, gevolgd door kanker patiënten (figuur 6.6b-c).



Figuur 6.6d-f Mate van pijn van artrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

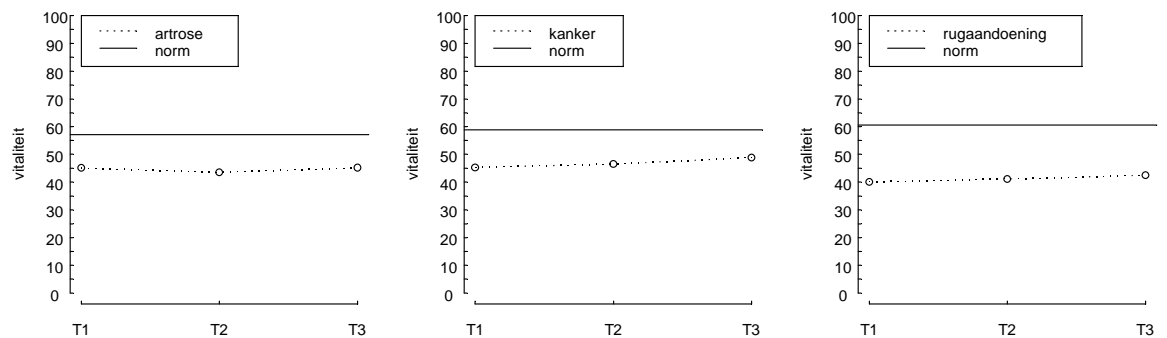
De figuren 6.6d-f geven de effecten weer van de ZORGmethode bij deelnemers met artrose, kanker en rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie. Deelnemers met rugaandoeningen scoren hierbij significant lager ( $p < 0,001$ ).



Figuur 6.7a-c Mentale gezondheid deelnemers ZORGmethode.

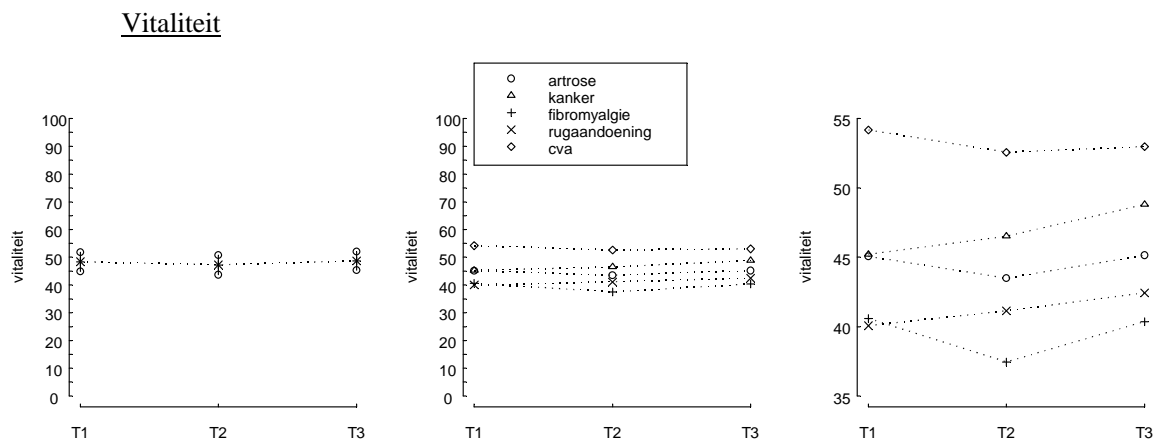
In figuur 6.7a-c wordt de mentale gezondheid bij de totale groep (6.7a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroet; 0 punten is laagste score, 100 hoogste.

Er is bij de mentale gezondheid geen significant verschil tussen de metingen. De verschillende chronische aandoeningen lopen weinig uiteen op deze dimensie (figuur 6.7b-c).



Figuur 6.7d-f Mate van mentale gezondheid van artrrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

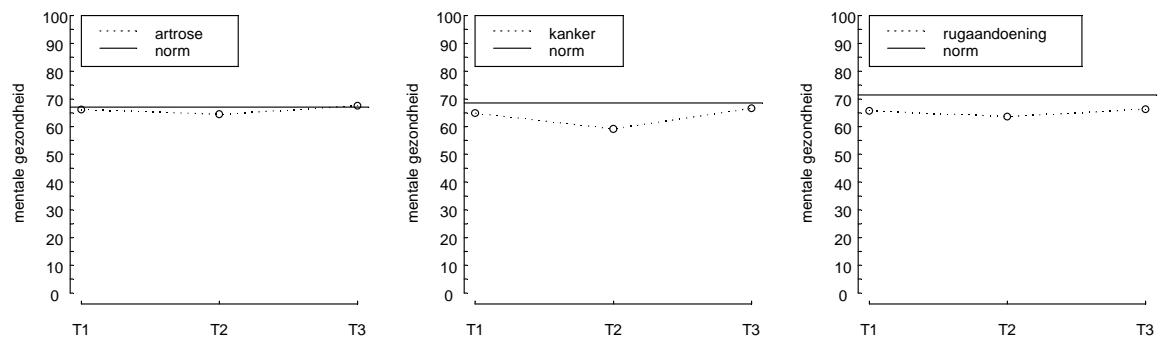
Er zijn geen significante verschillen zijn tussen deelnemers aan de ZORGmethode met artrrose, kanker en rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie.



Figuur 6.8a-c Mate van vitaliteit bij deelnemers aan de ZORGmethode.

In figuur 6.8a-c wordt de mate van vitaliteit bij de totale groep weergegeven (6.8a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en bij artrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroet; 0 punten is laagste score, 100 hoogste.

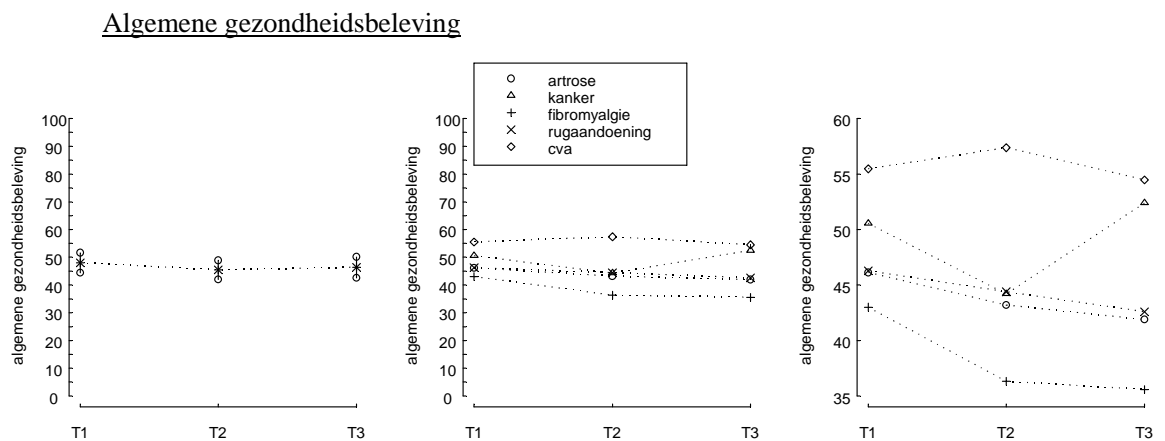
Er is bij vitaliteit geen significant verschil tussen de drie metingen. Wanneer naar de verschillende chronische aandoeningen gekeken wordt, blijkt dat CVA patiënten op alle metingen het hoogste scoren en fibromyalgie patiënten het laagste (figuur 6.8b-c).



Figuur 6.8d-f Mate van vitaliteit van artrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

Deelnemers aan de ZORGmethode met artrose, kanker en rugaandoeningen scoren significant lager (p<0,001) ten opzichte van de normpopulatie.

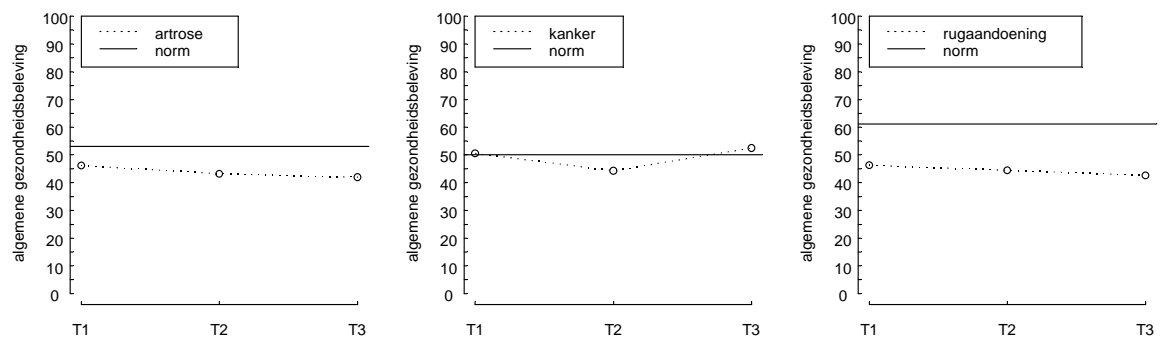




Figuur 6.9a-c Algemene gezondheid van deelnemers aan de ZORGmethode.

In figuur 6.9a-c wordt de algemene gezondheid van de totale groep deelnemers aan de ZORGmethode weergegeven (6.9a; gemiddelde waarden en standaarddeviaties) en van artrrose-, kanker-, fibromyalgie-, CVA-patiënten en mensen met rugaandoeningen m.b.v. de SF-36 tijdens de voormeting, tussenmeting (na 9 maanden) en de nameting (na 18 maanden) bij de personen die aan alle drie de metingen hebben meegedaan (n=133). Links op een schaal van 0-100, rechts is de schaal uitvergroet; 0 punten is laagste score, 100 hoogste.

Bij de algemene gezondheid is geen significant verschil tussen de drie metingen. CVA patiënten ervaren op alle momenten de beste gezondheid en fibromyalgie patiënten ervaren de slechtste gezondheid.



Figuur 6.9d-f Mate van algemene gezondheid van artrrose- en kankerpatiënten en mensen met rugaandoeningen in vergelijking met een normpopulatie.

De figuren 6.9d-f geven de effecten weer van de de ZORGmethode voor de deelnemers met artrrose, kanker en rugaandoeningen ten opzichte van de normpopulatie. De deelnemers met rugaandoeningen scoren significant lager dan de normpopulatie ( $p < 0,001$ ).

## 6.10 Gezondheid vergeleken met een jaar geleden

In tabel 6.9 wordt gepresenteerd hoe de deelnemers hun gezondheid beschouwen vergeleken met een jaar eerder. Na 9 maanden beschouwt 36% hun gezondheid als

beter dan een jaar eerder, na 18 maanden is dat 37%. Naast het percentage deelnemers dat aangeeft dat de gezondheid is verbeterd, is er eveneens een percentage dat aangeeft dat de gezondheid is verslechterd (resp. 27% na 9 maanden en 18% na 18 maanden).

Tabel 6.9 Mate van gezondheidsverandering gedurende het afgelopen jaar gerekend vanaf de start van de ZORGmethode tot 9 resp. 18 maanden later (in percentages; N=133).

Mate van gezondheid	% na 9 maanden	% na 18 maanden
Veel beter dan een jaar geleden	11	8
Iets beter dan een jaar geleden	25	29
Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden	37	45
Iets slechter dan een jaar geleden	21	17
Veel slechter dan een jaar geleden	6	1

## 6.11 Tevredenheid van de deelnemers

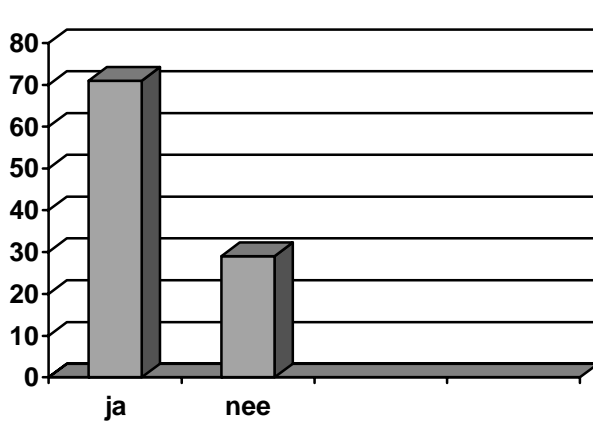
Tijdens het eerste interview na 5 maanden is de mate van tevredenheid met specifieke onderdelen van het programma gevraagd. Er kan worden geantwoord van ++ zeer tevreden tot -- zeer ontevreden.

Men is het meest tevreden met de sfeer tijdens de lessen, de aandacht van de begeleiders tijdens de activiteit, de kwaliteit van de begeleiding, de contacten met andere deelnemers. Het laagste scoort de aandacht voor bewegen in de thuissituatie en de vervoerskosten (tabel 6.10).

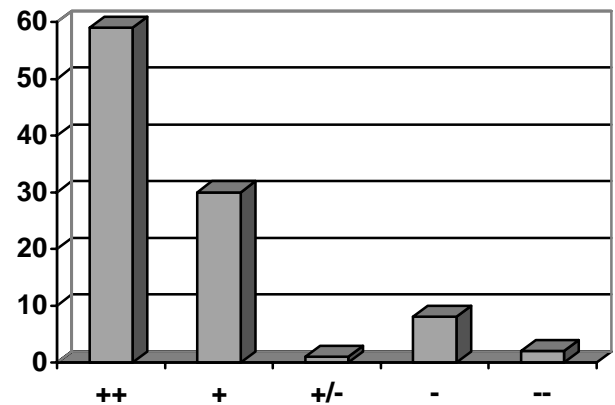
Tabel 6.10 Mate van tevredenheid van de deelnemers aan de ZORGmethode op basis van de meting na 5 maanden (in percentage van alle deelnemers; N=235).

Ervaren tevredenheid	++	+	+/-	-	--
In het algemeen tevreden met het programma	59	33	7	1	
De sfeer in de groep tijdens de les	75	22	2	1	
De aandacht van de begeleiding tijdens de les	67	27	6		
De kwaliteit van de begeleiding	59	31	8	2	
De andere deelnemers	57	33	10		
De duur van de les	55	35	5	5	
De inhoud van de les	57	31	9	3	
De variatie in de oefeningen	55	32	8	4	1
De mogelijkheid om eigen inbreng te hebben	53	33	11	3	
De intensiteit (= zwaarte)	48	37	11	4	
De aandacht van de begeleiding voor de les/het programma	56	28	13	2	1
De reistijd van en naar de locatie waar het programma plaatsvindt	57	26	10	4	3
De aanvangstijd	63	15	14	6	2
De aandacht besteed aan de veiligheid (bescherming tegen blessures e.d.)	49	29	19	2	1
De deelnamekosten	46	30	18	6	
De aandacht van de begeleiding na de les/het programma	48	26	22	2	2
De vervoerskosten	46	23	26	2	3
De aandacht besteed aan meer bewegen thuis	25	23	37	12	3

++ zeer tevreden, + tevreden, +/- niet tevreden /niet ontevreden, - enigszins ontevreden, -- zeer ontevreden.

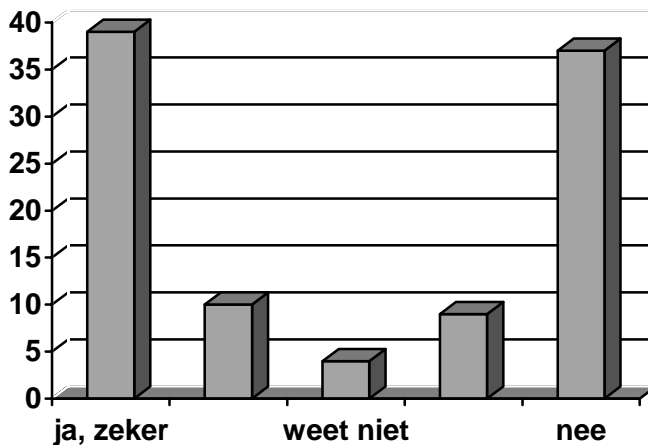


Figuur 6.12 Napraten met koffie (%).

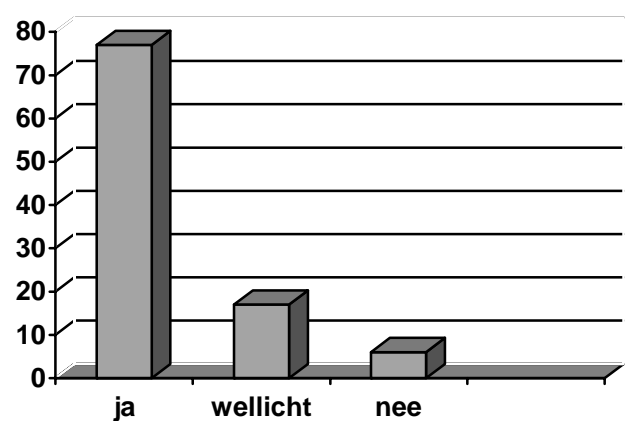


Figuur 6.13 Tevredenheid met ZORGmethode (%).

In figuur 6.12 wordt ingegaan op de mate waarin men de mogelijkheid heeft om na afloop van de activiteit gezamenlijk na te praten met een kop koffie. Meer dan tweederde van de deelnemers geeft aan dat dit bij hun ZORGmethode groep het geval is. Er is gevraagd in hoeverre men in het algemeen tevreden is met het programma. Uit Figuur 6.13 blijkt dat de grote meerderheid van de deelnemers uitermate tevreden is met het programma. Wanneer wordt gekeken naar de mate waarin men te kennen geeft actiever te zijn geworden in het dagelijkse leven als gevolg van de ZORGmethode zijn de reacties zeer uiteenlopend. De reacties zijn gelijk verdeeld over positief en negatief (figuur 6.14). De meeste deelnemers geven vervolgens aan dat ze ook van plan zijn om te blijven deelnemen aan het programma (figuur 6.15).



Figuur 6.14 Actiever geworden in het dagelijkse leven (%).



Figuur 6.15 Blijven deelnemen aan ZORGmethode (%).

## 6.12 Eisen gesteld aan de ZORGmethode

Tijdens het eerste interview (na 5 maanden) is aan de deelnemers gevraagd welke aspecten met betrekking tot de ZORGmethode zij belangrijk achten voor een adequate uitvoering van bewegingsactiviteiten voor mensen met een chronische aandoening. Tabel 6.11 geeft de top 5 weer van de kwaliteitseisen van deelnemers. Daaruit blijkt dat vooral de kwaliteit van de accommodatie en de begeleiding belangrijk worden gevonden. Daarnaast vindt men het tevens belangrijk om aanvullende informatie te ontvangen over mogelijkheden om thuis meer te bewegen.

Tabel 6.11 Top 5 van de kwaliteitseisen die zijn gesteld door de deelnemers na 5 maanden deelname aan de ZORGmethode activiteiten (in percentages; N=235).

Top 5 eisen die deelnemers stellen aan ZORGmethode activiteiten	%
Goede accommodatie	80
Kwaliteit begeleiding	75
Aandacht voor bewegen buiten de les om, m.a.w. bewegen thuis, etc.	70
Aangepast aanbod voor aandoening	65
Gevarieerde activiteiten	60

## 6.13 Redenen van uitval aan het programma

Aan het onderzoek hebben in totaal 286 mensen met chronische aandoeningen meegedaan. Gedurende het gehele onderzoek hebben 102 deelnemers zich afgemeld (36%). Van de uitvallers heeft 55% (N=56) een exit formulier ingevuld. In het exit formulier is nagegaan wat de belangrijkste redenen zijn voor het stoppen met deelnemen, na hoeveel maanden men is gestopt en of men is overgestapt naar een andere vorm van sport of bewegen.

In tabel 6.12 worden de redenen gepresenteerd voor uitval. De belangrijkste reden is een gebrekkige gezondheid. Andere belangrijke redenen zijn moeheid en 'het programma is te zwaar'. Er zijn ook mensen gestopt met deelnemen omdat ze zichzelf te gezond voelen om verder in het programma te blijven deelnemen. Zij geven met name 'programma is te licht' als reden voor uitval.

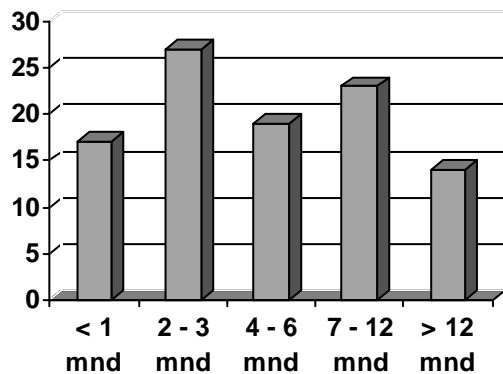
Tabel 6.12 De redenen voor uitval bij de bewegingsactiviteiten van de ZORGmethode (in percentages; N=52; meerdere antwoorden mogelijk).

Reden(en) uitval	%
Gezondheid	39
Moeheid	33
Programma was te zwaar	23
Andere verwachting	19
Geen vooruitgang merkbaar	17
Ongunstig tijdstip	17
Blessure	15
Tijdgebrek	15
Programma was te licht	15
Slecht bereikbare accommodatie	14

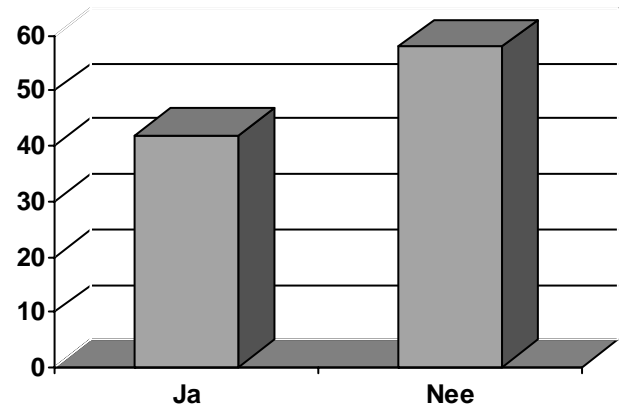
Tijdens het exit interview is ingegaan op de maand waarin deelnemers zijn gestopt met hun deelname. Van de respondenten geeft bijna de helft (44%) aan dat gedurende de eerste drie maanden gestopt zijn.

Er is ook een piek in het tweede half jaar (figuur 6.15).

Ook is gevraagd of men is overgestapt op een ander bewegingsprogramma. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat men niet is overgestapt (Figuur 6.16).



Figuur 6.15 Periode van uitval in percentage (N=52).



Figuur 6.16 Mate waarin men overgestapt naar andere sport/beweging vorm (N=52).

## 6.14 Speciale groepen binnen ZORGmethode

### 6.14.1 Utrecht 1 (Baarn): tennis voor kinderen met maag, lever en darm stoornissen (MLD)

In Baarn is in mei 2002 een speciale sportgroep opgezet voor kinderen met maag, lever en darm stoornissen (MLD). Dit programma heeft gelopen van mei 2002 tot april 2003 en betreft een tennishoofdgroep. De groep is opgezet door NebasNsg in samenwerking met de MLDS, ondersteund door de Koninklijke Nederlandse Lawn Tennisbond (KNLTB). Het heeft tot doel de kennismaking van MLD patiënten met tennis en de opstap naar reguliere tennisverenigingen.

Aan de start van het onderzoek zijn zeven kinderen aangemeld. Een van deze kinderen heeft uiteindelijk niet meegedaan aan het programma in verband met gezondheidsklachten.

Van de overige 6 kinderen hebben 5 het gehele programma afgemaakt. Degene die is gestopt deed dit vanwege gezondheidsklachten en heeft wel de intentie om later tennis weer op te pakken.

De leeftijd van de overige 5 kinderen varieerde van 8 tot 13 jaar. Van deze kinderen hebben 3 Cystic Fibrosis, 1 de Ziekte van Hirschsprung en 1 de ziekte van Crohn. Ze beschouwen hun gezondheid in merendeel als redelijk tot goed; één van de kinderen geeft aan een matige gezondheid te hebben, de rest redelijk tot goed.

Drie van de deelnemers geven aan dat ze bij de aanvang van het project minimaal 3 maal per week in voldoende mate lichamelijk actief zijn om hun fitheid te bevorderen, slechts één van de deelnemers die voldoet aan de gezondheidsnorm (voor kinderen elke dag 60 minuten matig inspannend actief zijn).

Alle kinderen zijn via de patiëntenvereniging in contact gekomen met het tennisprogramma. Ze worden allen door hun ouders of familie gebracht. De belangrijkste redenen om deel te nemen zijn gezondheid, conditie en plezier; ook is zelfvertrouwen en met leeftijdgenoten sporten als reden genoemd.

Van de deelnemers geven 2 aan dat ze meer zijn gaan bewegen als gevolg van het programma, 4 van de kinderen hebben meer plezier in bewegen hebben gekregen door de ZORGmethode en alle 5 kinderen zijn na de opstap cursus met regulier tennis doorgegaan.

In het algemeen is men erg tevreden met het programma. Het wordt door alle deelnemers ervaren als een geschikte methode om kinderen met MLD aandoeningen te stimuleren te gaan bewegen respectievelijk tennissen. De belangrijkste minpunten betreft een tekort aan informatie over 'bewegen thuis' en de reistijd en –kosten. De belangrijkste randvoorwaarden bij het opzetten van een tennisprogramma volgens de ZORGmethode zijn: een goede begeleiding en een goede kwaliteit van de tennisbaan.

#### 6.14.2 *Utrecht 3 en 4: whiplash en fibromyalgie*

In deze paragraaf worden de programma's nader toegelicht die zijn aangeboden vanuit het Sport- en Fitness Centrum (SFC) De Hoogstraat.

Bij de whiplash pilot zijn de leden van de Whiplash Stichting Nederland in Utrecht aangeschreven en bij de fibromyalgiepilot zijn de deelnemers benaderd via een cursus "fibromyalgie, wat nu?"

Voor de whiplash en fibromyalgie programma's is (na een kennismakingscursus van 4 lessen) in het vervolprogramma gekozen voor een sport- c.q. bewegingsgerichte insteek en niet voor een diagnose gerichte aanpak. Er zijn dus geen fibromyalgie of whiplash sportgroepen maar de deelnemers sporten in diverse sportgroepen naar keuze. De aanpassingen liggen vooral op het gebied van een lage(re) intensiteit en indien nodig aangepaste sportmaterialen.

Enkele van de in de Hoogstraat aangeboden bewegingsprogramma's zijn: Body&Mind, A-Tacoyo, Tai-Chi Qigong (niet alle vormen van Tai Chi zijn geschikt), 'fysio-fitness' en verschillende zaalsporten zoals tafeltennis, badminton en aangepast volleybal. De bewegingsprogramma's zijn o.a. ingevuld met ontspanningsoefeningen op muziek en het op een verantwoorde wijze trainen van diverse spiergroepen. Daarnaast is er ook altijd aandacht besteed aan een goede warming-up en cooling-down.

In totaal hebben zich 27 deelnemers aangemeld voor de introductie. Hiervan zijn uiteindelijk 21 mensen telefonisch bereikt (13 mensen die het gehele bewegingsprogramma hebben doorlopen en 8 mensen die tijdens of direct na de introductieperiode zijn gestopt). Drie deelnemers bleken echter verhuisd te zijn of een foutief telefoonnummer door te hebben gegeven. Drie mensen die volgens de gegevens het hele programma wel doorlopen moeten hebben, zijn uiteindelijk niet bereikt.

Door middel van een semi-gestructureerd telefonisch interview zijn de verschillende bewegingsprogramma's geëvalueerd. De volgende aspecten komen in ieder geval aan bod:

- Hoe de geïnterviewde op het idee is gekomen om deel te nemen aan een van de bewegingsprogramma's van de ZORGmethode (via wie?);  
(Wanneer de geïnterviewde niet heeft deelgenomen aan het bewegingsprogramma of alleen de introductieperiode heeft gevolgd, heeft de interviewer doorgevraagd naar de achterliggende reden daarvoor.)

- Of de geïnterviewde het gehele bewegingsprogramma heeft doorlopen of tussentijds is gestopt;
- Of de geïnterviewde na afloop van het bewegingsprogramma een andere bewegingsactiviteit is gaan doen en/of is doorgegaan met een vervolg van het programma. Hierbij is doorgevraagd naar de vorm en frequentie van de bewegingsactiviteit(en);
- Algemene mening over het bewegingsprogramma;
- Eventuele verbeter punten en/of aandachtspunten.

Van de dertien mensen die het gehele bewegingsprogramma hebben doorlopen, zijn 9 personen met whiplash en 4 personen met fibromyalgie of een andere reumatische aandoening. Van de mensen die uiteindelijk niet hebben deelgenomen of na de introductie zijn gestopt, hebben 7 mensen whiplashklachten en 1 persoon fibromyalgie. De deelnemers in Utrecht zijn op het idee gebracht om deel te nemen aan de ZORGmethode door een brief van de Whiplash Stichting Nederland of de reumatoloog.

De mensen die uiteindelijk niet deel hebben genomen aan het bewegingsprogramma gaven hiervoor uiteenlopende redenen:

- Te lange reisafstand naar de Hoogstraat;
- Door privé omstandigheden en tijdgebrek was deelname destijds niet mogelijk;
- De intensiteit van de oefeningen was te hoog, de groep te groot en de muziek stond te hard;
- De intensiteit van de oefeningen lag (veel) te hoog, het was conditioneel niet vol te houden;
- Deelname aan het programma was destijds niet mogelijk i.v.m. strakke tijdschema wat men op dat moment lichamelijk aan kon;
- Door een operatie was deelname niet mogelijk;
- Door een combinatie van duizeligheidsklachten en 'gezeur' van groepsgenoten;
- Na de introductieperiode werd men in een groep met ernstig lichamelijk gehandicapten geplaatst, hier voelde men zich niet thuis.

Alle personen die na de introductie hebben besloten om wél deel te nemen aan het programma hebben uiteindelijk de gehele cursus doorlopen en zijn verder gegaan met het vervolg. Van de 13 personen sporten 11 personen 1 maal per week en 2 personen 2 maal per week. Niemand is naast de vervolgcursus nog een andere bewegingsactiviteit gaan doen.

Alle uiteindelijke deelnemers geven aan *zeer tevreden* te zijn over zowel de inhoud als de begeleiding van het bewegingsprogramma. Andere punten die gewaardeerd worden zijn:

- Het programma is goed aangepast aan ieders niveau;
- Telkens nieuwe oefeningen;
- Korte tussentijdse rustpauzes;
- De instructeur informeert goed of er thuis naderhand lichamelijke klachten zijn opgetreden;
- Er wordt goed opgelet dat je niet over je eigen grenzen heen gaat;
- Er wordt goed de tijd voor je genomen;
- De docent heeft ook een whiplash gehad (prettig qua inlevingsvermogen);
- Het op maat concept is erg prettig, dit scheelt heel veel frustraties;
- Het per keer betalen is erg prettig (sinds kort ingevoerd d.m.v. een tien rittenknipkaart).

### **Aandachtspunten**

Ondanks de uitgesproken positieve mening van zowel de deelnemers als de niet-deelnemers zijn er nog een aantal aspecten genoemd waar in de toekomst rekening mee gehouden kan worden.

#### *Aandachtspunten deelnemers:*

- De begeleiding is een tijdje wat minder intensief geweest;
- De bewegingsprogramma's vinden nu vooral overdag plaats. Het zou i.v.m. werk overdag, prettig zijn wanneer de bewegingsprogramma's ook op meerdere avonden gegeven worden;
- De tijden (overdag) zijn soms lastig voor personen met kinderen i.v.m. kinderopvang;
- De strepen op de grond in de zaal zijn erg hinderlijk voor veel whiplashpatiënten;
- De (harde) muziek wordt vooral door whiplashpatiënten als hinderlijk ervaren;
- De zomerstop van 6 weken was jammer (had graag doorgegaan tijdens de vakantie);
- Niet iedereen gebruikt een handdoek op de fitnessstoestellen. De instructeur/instructrice zou dit strenger moeten controleren;
- De U-pas is voor sommige mensen (financieel gezien) een bepalende factor of zij 1 of 2 maal per week kunnen sporten. Deze pas geeft 50% korting op diverse sportactiviteiten.

#### *Aandachtspunten niet-deelnemers:*

- Tijdens de informatieavonden moeten niet te hoge verwachtingen gewekt worden bij de potentiële deelnemers die later niet waar worden gemaakt;
- Het 'op maat concept' gaat niet voor iedereen op, waardoor sommige mensen tijd en geld geïnvesteerd hebben in iets waar zij naar eigen zeggen uiteindelijk niet verder aan deel hebben kunnen nemen, omdat o.a. de intensiteit te hoog lag;
- De intensiteit beter afstemmen op het individu;
- De groepsgrootte zou wat kleiner kunnen (maximaal 8);
- De introductieperiode is erg belangrijk: wanneer je na de introductieperiode een keuze hebt gemaakt voor een bepaald bewegingstype en er bij nader inzien achter komt dat dit voor jou toch niet de meest geschikte vorm/groep is, moet je makkelijker kunnen switchen naar een andere groep;
- Financiële redenen spelen mee: voor deelname aan de cursus moesten de deelnemers vooraf het gehele bedrag betalen. Veel mensen weten echter bij voorbaat al dat zij niet alle lessen kunnen volgen door bijvoorbeeld ziekte of werk en er is geen inhaalbaarheid geboden.











## 7 Resultaten invitational expertmeeting

### 7.1 Inleiding

NebasNsg heeft in samenwerking met TNO-PG een invitational expertmeeting georganiseerd om inzicht te krijgen in problemen met betrekking tot de implementatie van de ZORGmethode.

Deze vond plaats op woensdag 2 april 2003. Het doel van deze middag was:

- Uitvoeren van een SWOT-analyse met betrekking tot de implementatie van de ZORGmethode;
- De problemen bij de organisatie van ZORGmethode inventariseren;
- Aandragen van verbeterpunten met betrekking tot de organisatie van de ZORGmethode.

Voor de expertmeeting is een aantal regiocoördinatoren, projectleiders en trainers uitgenodigd. De selectie is gedaan door NebasNsg. In totaal waren 18 personen hierbij aanwezig.

De genoemde punten zijn hieronder uitgewerkt.

### 7.2 SWOT-analyse (Strength-Weakness-Opportunities-Threats)

#### 7.2.1 *Wat zijn de sterke punten van de Zorgmethode?*

Als belangrijkste sterke punten zijn genoemd:

De start bij de ZORGmethode is meestal kleinschalig, waardoor de kosten relatief hoog zijn. Per project ontvangt men evenwel een vaste startsubsidie vanuit NebasNsg. Daardoor wordt de opstart mogelijk gemaakt. Dit is overigens tegelijkertijd een bedreiging. Wanneer die subsidie wegvalt, ontstaat er meteen een structureel probleem voor dergelijke programma's.

De samenwerking bij de start van de groepen met de gemeenten, de revalidatie afdelingen en de medici is een sterk punt.

De wetenschappelijke onderbouwing via de monitor studie is een goede zaak. Het onderzoek kan verder helpen bij de landelijke implementatie.

Het gebruik van een uniforme naam schept duidelijkheid. Ook het gebruik van het Handboek ZORGmethode wordt als een sterk punt beschouwd. Overigens blijkt nog niet iedereen op de hoogte te zijn van het bestaan. Het is daarom wel belangrijk om bekendheid te geven aan het handboek.

De vraaggerichtheid van de ZORGmethode is een goede ontwikkeling. Dit is een product dat niet van bovenaf op de belanghebbenden wordt opgelegd.

### 7.2.2 *Wat zijn de zwakke punten van de Zorgmethode*

Als belangrijkste zwakke punten zijn genoemd:

De continuering van de projecten na de 18 maanden opstartperiode waarin men subsidie vanuit NebasNsg ontvangt.

Er is nog te weinig bekendheid in Nederland met betrekking tot de ZORGmethode. Er is behoefte aan PR / communicatie.

Wellicht is het gebruik van de term ‘chronische aandoening’ niet adequaat om potentiële deelnemers te benaderen. Het schrikt mogelijk mensen af.

De doorverwijzing vanuit zorginstellingen is nog onvoldoende. Bij de opstart van een groep wordt veel aandacht, PR, gegeven en wordt goed samengewerkt met de zorginstellingen. Maar er is veelal geen continuering van deze samenwerking, waardoor er enerzijds wel de gebruikelijke uitval plaatsvindt, maar onvoldoende aanwas is van nieuwe deelnemers.

### 7.2.3 *Wat zijn de kansen voor de ZORGmethode?*

Als belangrijkste kansen zijn genoemd:

Het is van groot belang dat er een rapport komt waarin nadrukkelijk de positieve kanten van de ZORGmethode worden belicht.

Er zou een keurmerk moeten komen waarbij een controle plaatsvindt aan de hand van van te voren opgestelde kwaliteitseisen voor ZORGmethode groepen.

De nieuwe wet op het Openbare Gezondheidsbeleid biedt goede perspectieven voor de ZORGmethode.

Het rapport ‘Sport, Bewegen en Gezondheid’ van het ministerie van VWS biedt aanknopingspunten voor beleid ten aanzien van een toekomstige invoering van de ZORGmethode.

Er moet informatie komen dat gestuurd kan worden aan alle gemeenten waarin helder de voordelen worden verwoord van lichamelijke activiteit voor diverse chronische aandoeningen, gekoppeld aan het aanbod vanuit de ZORGmethode.

Er zou een website opgezet kunnen worden ter ondersteuning van de ZORGmethode.

De ZORGmethode zou aangeboden kunnen worden aan alle patiëntenverenigingen.

### 7.2.4 *Wat zijn de bedreigingen voor de ZORGmethode?*

Als belangrijkste bedreigingen zijn genoemd:

De opzet van SCALA, als vervolg op het Groningen Actief Leven Model (GALM), dat ook gericht is op mensen met een chronische aandoeningen kan een concurrent zijn. Er is overigens al overleg gaande tussen NebasNsg en de werkgroep GALM/SCALA om de activiteiten meer op elkaar af te stemmen.

Er lijkt maar beperkt kader te zijn met voldoende kwalificatie om ZORGmethode groepen te begeleiden.

Er is behoefte aan uitbreiding van opleidingscapaciteit en aanbod van kader.

Door de zware beperkingen van de deelnemers zijn de groepen kleiner dan reguliere sportgroepen, waardoor de kosten hoger liggen.

Het gaat om mensen met chronische aandoeningen. Veelal hebben deze mensen problemen met hun mobiliteit hetgeen kan leiden tot vervoersproblemen.

Bijkomend probleem is dat de groepen soms voor specifieke chronische aandoeningen zijn opgezet.

Het aantal potentiële deelnemers is niet zo groot, waardoor de landelijke spreiding gering is. Daardoor zijn de reistijden van deelnemers soms lang.

### **7.3 Welke problemen ondervinden de groepen in de loop van het programma?**

De volgende problemen worden gezien met betrekking van de implementatie van de ZORGmethode:

Inbedding van de groepen in bestaande reguliere sportverenigingen of patiëntenverenigingen.

Er is sprake van redelijk verloop van deelnemers, terwijl er soms beperkte instroom van nieuwe deelnemers is.

Het verloop van het kader.

Er zijn projecten waarbij mensen met chronische aandoeningen uit een andere gemeente naar een bepaalde groep komen. De gemeente waar de activiteit plaatsvindt, steunt de groep financieel en steunt daarmee dan ook mensen uit die andere gemeente. Dat kan scheve gezichten opleveren. Daarvoor moet men dan specifieke oplossing bedenken. Personen uit de andere gemeente betalen bijvoorbeeld meer lidmaatschap.

### **7.4 Wat zijn verbeterpunten van de Zorgmethode?**

De expertgroep heeft de volgende verbeterpunten ingebracht:

De PR en communicatie dienen te worden verbeterd. Dat kan mede gebeuren door middel van verspreiden van het rapport en/of samenvatting van het rapport.

Zet – indien mogelijk - groepen op voor meerdere chronische aandoeningen, dat levert meer leden. Gelet op de co-morbiditeit uit de onderzoeksgroep lijkt dat zeker haalbaar.

Zorg bij de opstart voor samenwerking met reguliere sportverenigingen en / of patiëntenverenigingen die de groep later kunnen adopteren.

De naam ZORGmethode roept discussie op. Het is preventie en geen therapie. Wanneer je het sport noemt krijg je wellicht problemen met de financiële ondersteuning. Daarom wordt er dikwijls voor gekozen het aangepast sporten te noemen. Deze discussie dient goed afgerond te zijn, zodat een ieder op een lijn zit en naar buiten toe eenheid uitdraagt.









## 8 Conclusies en aanbevelingen

De ZORGmethode blijkt een heel geschikte wijze om een grote groep mensen met chronische aandoeningen vanuit de revalidatie setting sportief actief te krijgen. Het was de doelstelling om vanuit 24 projecten circa 480 mensen met een chronische aandoening te werven voor het programma. Men is daarbij uitgegaan van gemiddeld 20 deelnemers per project. Uiteindelijk zijn in totaal in 27 projecten 384 deelnemers gestart. Het gemiddelde aantal deelnemers per project komt hiermee op 14. Het beoogde aantal van 24 projecten is ruimschoots gehaald. Ook zijn alle 12 provincies betrokken in de spreiding van de groepen. Dat het aantal van 480 deelnemers niet wordt gehaald heeft in belangrijke mate te maken met het feit dat de uiteindelijke groepen kleiner zijn dan verwacht. Dit is een belangrijk aspect waar men rekening mee dient te houden bij de opzet van nieuwe groepen in de toekomst.

### *Chronische ziekten participierend in de ZORGmethode groepen*

Er zijn in totaal 27 projecten gestart in de onderzoeksperiode. Er is een aantal chronische aandoeningen waarvoor specifieke groepen zijn gestart in de ZORGmethode, zoals CVA (10 bewegingsgroepen), kanker (4 bewegingsgroepen), fibromyalgie (2 bewegingsgroepen), ziekte van Parkinson (2 bewegingsgroepen), chronische pijn (2 bewegingsgroepen), multiple sclerose (1 groep), maag, lever en darmaandoeningen (1 tennisgroep), reumatische aandoeningen (1 groep), diverse chronische aandoeningen (2 groepen) en divers aanbod voor fibromyalgie en whiplash (2 groepen).

De chronische aandoeningen waarvan de meeste deelnemers in de monitorstudie participeren zijn kanker (25%), fibromyalgie (23%), chronische pijn/rugaandoeningen (22%), CVA (19%), ziekte van Parkinson (8%), multiple sclerose (7%) en whiplash (7%). Maar liefst 55% van alle deelnemers heeft co-morbiditeit, waarbij artrose het hoogst scoort met 28%.

Uit het onderzoek blijkt dat deelnemers veelal een lagere ervaren kwaliteit van leven rapporteren dan een normpopulatie, bestaande uit chronisch zieken van dezelfde leeftijdscategorie. Dit zijn ook de groepen mensen die het meeste baat zullen hebben bij een dergelijk bewegingsprogramma. De ZORGmethode is klaarblijkelijk een adequate methode om deze groep te bereiken in het kader van bewegingsstimulering.

### *Aanmeldingskanalen*

De meeste deelnemers aan de ZORGmethode zijn via een patiëntenvereniging in aanraking gekomen met het programma. Ook zijn relatief veel deelnemers via het ziekenhuis resp. een revalidatiecentrum doorgestuurd. Er zijn relatief weinig deelnemers door fysiotherapeuten en huisartsen doorgestuurd.

### *Verwachtingen van de deelnemers*

De meeste deelnemers verwachten hun gezondheid (91%) en conditie (86%) te verbeteren via de ZORGmethode. Verder verwachten deelnemers ontspanning (72%) en plezier (68%) te beleven aan de ZORGmethode. Men sluit zich dikwijls aan bij de groepen vanwege de goede kwaliteit van de begeleiding (67%). Men sluit zich ook aan bij de ZORGmethode om goede sociale contacten op te bouwen (56%), lekker samen met anderen te sporten (55%) en meer zelfvertrouwen op te bouwen (40%).

*Deelname ondersteund door de sociale omgeving*

De meeste steun voor deelname aan de ZORGmethode ontvangen deelnemers van hun partner (79%). De steun van 'hun overige familieleden' (42%) en bij hun 'vrienden en kennissen' (27%) worden minder frequent genoemd. Wanneer naar specifieke aandoeningen wordt gekeken valt op dat CVA patiënten en mensen met de ziekte van Parkinson (87%) en MS-patiënten (80%) iets meer steun ontvangen van hun omgeving, terwijl fibromyalgie patiënten en artrosepatiënten (74%), kankerpatiënten (72%) en mensen met rugaandoeningen (64%) wat minder steun ontvangen van hun omgeving.

*Effecten van het programma op de (blijvende) sportdeelname van de deelnemers*

Ruim tweederde van de deelnemers geeft aan dat ze meer zijn gaan bewegen als gevolg van de ZORGmethode. De mate waarin deelnemers voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is niet toegenomen.

*Sportactiviteiten als plezierig beschouwen*

Van de deelnemers geeft ruim tweederde deel 'plezier in het bewegen' specifiek als een van de redenen om mee te blijven doen. Ook geeft 75% van de deelnemers aan dat men meer plezier heeft gekregen in het bewegen ten gevolge van hun deelname.

*Effecten op de kwaliteit van leven*

In het algemeen kan worden gesteld dat de deelnemers aan de ZORGmethode mensen met chronische aandoeningen betreft met een minder goede gezondheid. Deelnemers ervaren bij de aanvang van het programma veelal een lagere kwaliteit van leven dan een normpopulatie (mensen met vergelijkbare chronische aandoeningen en in dezelfde leeftijdscategorie).

Er is sprake van een significante toename in de tijd van de rolbeperking door fysieke problemen en van de rolbeperking door sociale problemen. Dit lijkt erop te duiden dat deelnemers aan de ZORGmethode als gevolg van hun deelname beter met hun beperking leren omgaan.

*Redenen om te stoppen met deelname*

Ruim een derde (36%) van de oorspronkelijke deelnemers is gestopt in de onderzoeksperiode. De belangrijkste reden om te stoppen met deelname aan de ZORGmethode is een gebrekkige gezondheid. Andere belangrijke redenen zijn moeheid en de (hoge) intensiteit van het programma. Er zijn ook mensen gestopt met deelnemen omdat ze zichzelf te gezond voelen om verder in het programma te blijven deelnemen. Zij geven met name de lage intensiteit van het programma als reden voor uitval. Daarnaast is een deel van de deelnemers gestopt vanwege zaken buiten de ZORGmethode, zoals bijvoorbeeld verhuizing. De mate van uitval lijkt overigens niet veel hoger dan uitval in andere bewegingsprogramma's in de algemene bevolking.

*Meest gewaardeerde onderdelen*

De grote meerderheid van de deelnemers is uitermate tevreden is met het programma in het algemeen. Men is het meest tevreden met de sfeer tijdens de lessen, de aandacht van de begeleiders tijdens de activiteit, de kwaliteit van de begeleiding en de contacten met andere deelnemers.

*Problemen in de loop van het project*

De volgende problemen zijn tijdens het project ontstaan: (1) de inbedding van de groepen in bestaande reguliere sportverenigingen of patiëntenverenigingen, (2) het verloop van deelnemers, terwijl er soms beperkte instroom van nieuwe deelnemers is, (3) het verloop van het kader, (4) de spreiding van de groepen over het land is nog

uitermate beperkt, waardoor het moeilijk is om diverse groepen mensen met chronische aandoeningen te bedienen.

#### *Sterke punten aan de ZORGmethode*

De belangrijke positieve punten met betrekking tot de ZORGmethode zijn (1) de vraaggerichte aanpak, (2) de samenwerking bij de start van de groepen met gemeenten, de revalidatie afdelingen en de medici, (3) het gebruik van een uniforme naam schept duidelijkheid, (4) het gebruik van het Handboek ZORGmethode, (5) de kwaliteit van de begeleiding.

#### *Zwakke punten aan de ZORGmethode*

Als zwakke punten worden genoemd (1) onvoldoende doorverwijzing vanuit zorginstellingen. Bij de opstart van een groep wordt veel aandacht, PR, gegeven en wordt goed samengewerkt met de zorginstellingen. Maar er is veelal geen continuering van deze samenwerking, waardoor er enerzijds wel de gebruikelijke uitval plaatsvindt, maar onvoldoende aanwas is van nieuwe deelnemers. (2) onvoldoende bekendheid in Nederland met de ZORGmethode. (3) wellicht is het gebruik van de term 'chronische aandoening' niet adequaat om potentiële deelnemers te benaderen. Het schrikt mogelijk mensen af door de stigmatiserende werking. (4) er wordt vanuit de begeleiding onvoldoende aandacht besteed aan het bewegen thuis. Men zou deelnemers meer moeten stimuleren om in de thuissituatie aan de NNGB te voldoen. De nadruk kan daarbij worden gelegd op mogelijkheden om het bewegen thuis te bevorderen (dan niet sport maar meer bewegen in het algemeen).

## **Aanbevelingen**

### *Voorbereiding*

Zet - waar mogelijk - groepen op voor meerdere chronische aandoeningen. Gelet op de co-morbiditeit uit de onderzoeksgroep lijkt dat zeker haalbaar.

Zorg bij de opstart voor samenwerking met reguliere sportverenigingen en / of patiëntenverenigingen die de groep later kunnen adopteren.

Er moet duidelijkheid zijn over de naam die men in de toekomst wenst te gaan gebruiken. Vermijdt discussie in de toekomst hieromtrent. Het is niet wenselijk om na een bepaalde periode de gekozen naam te herzien.

### *Randvoorwaarden*

Het is belangrijk dat er duidelijkheid bestaat over de noodzakelijke leiding. Ga na of er een fysiotherapeut gewenst is met een sport bijscholing, dan wel sport- of beweegdocent met bijscholing chronische aandoeningen. Dit is een cruciale stap. Het bepaalt in belangrijke mate het aanbod van begeleiders, alsook de tariefstelling.

Deelnemers ontvangen bij hun deelname veel steun vanuit de sociale omgeving. De steun komt overigens vooral van de directe partner, en in veel mindere mate van de overige familieleden en vrienden/bekenden. Het is daarom van belang rekening te houden of een deelnemer een partner heeft. Indien dat namelijk niet zo is, dient men vanuit de groep extra ondersteuning te bieden, gedacht kan hierbij worden aan het opzetten van een buddy systeem. Bij een buddy systeem houden de onderlinge deelnemers en de begeleiding onderling contact en stimuleren elkaar om te blijven komen.

### *Rekrutering*

Het zou goed zijn om mensen na 'therapie' of 'revalidatie' structureel door te verwijzen naar aanbod in de sport- en bewegingssector. Het realiseren van een ketenbenadering van de zorgsector naar de sport- en bewegingssector is hierin van groot belang. Door meer en structureel samen te gaan werken kunnen mensen, die uitgerevalideerd zijn worden doorverwezen naar de ZORGmethode groepen. De samenwerking moet zich niet beperken tot alleen gezamenlijke opzet van bewegingsgroepen, maar ook verdere structurele samenwerking in de vorm van o.a. voorlichting en doorverwijzing.

### *Organisatie*

Er is behoefte aan een breder sportaanbod voor mensen met een chronische aandoening. Het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt toe, terwijl de lichamelijke activiteit van deze populatie onder de norm ligt van de Nederlandse populatie. Gelet op de potentie van de ZORGmethode om mensen met een chronische aandoening sportief actief te krijgen, verdient het aanbeveling om deze methode landelijk te implementeren

Zorg voor een verbetering van de PR en communicatie. Het verdient aanbeveling om een specifieke website op te zetten voor begeleiders en deelnemers. Hierbij kan worden aangesloten bij eerdere ervaringen van het project 'Revalidatie en Sport', de materialen zijn immers al ontwikkeld.

Tracht zoveel mogelijk te zorgen voor een goede spreiding over het land.

Maak een landelijk overzicht van alle ZORGmethode groepen en docenten. Dit is van belang voor de verwijzing van potentiële nieuwe deelnemers, maar is ook handig voor een adequaat vervangingstraject bij ziekte en/of absentie van begeleiders.

*Programma inhoudelijk*

Zorg dat meer aandacht wordt besteed aan bewegen buiten de ZORGmethode activiteiten.





## 9 Literatuur

AARONSON NK, MULLER M, COHEN PDA, ESSINK-BOT ML, FEKKES M, SANDERMAN R, SPRANGERS MAG, VELDE A te, VERRIPS E. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51(11):1055-68.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE POSITION STAND. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(6):975-991.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE POSITION STAND. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(6):992-1008.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE./ AMERICAN HEART ASSOCIATION POSITION STAND. Recommendations for cardiovascular screening, staffing and emergency policies at health/fitness facilities. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(6):1009-1018.

ANDERSON LB. Blood pressure, physical fitness and physical activity in 17-year-old Danish adolescents. *J Intern Med* 1994;236:323-30.

BACKX FIG, red. Sportmedische advisering bij chronische ziekten. Oosterbeek: NISGZ, 1988. publikatienr 28.

BERLIN JA, COLDITZ JA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990;132:612-28.

BIJNEN FCH. Lichamelijke inactiviteit: risicofactor voor hart- en vaatziekten. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1990.

BOSSCHER RJ. Bewegingsactivering door hardlopen versus medicatie in de behandeling van depressie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1995.

BOUCHARD C, SHEPHARD RJ, STEPHENS T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics Books, 1994.

BRUIN KM de. Rheumatoïde artritis in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie en etiologie en mogelijkheden voor preventie. Bilthoven: RIVM, 1994a. Rapportnr. 442003002.

BUNNING RD, MATERSON RS. A rational program of exercise for patients with osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1991;21(3):33-43.

CHORUS A, HOPMAN-ROCK M. Chronisch zieken en bewegen: een quickscan. Leiden: TNO-PG, 2003. Publ. nr. 03.0131.

COSTONG C, WINTER ThC de. Nederland in Beweging. Gezondheidsbevordering door een actieve leefstijl: analyse jeugd van 4-18 jaar. Arnhem: NOC\*NSF, 1996.

COUMANS B, MEINDERS AE, red. Diabetes mellitus, lichaamsbeweging en sport. Oosterbeek: NISGZ, 1991.

COUMANS B, LEURS M. Nederland in Beweging! Arnhem: NOC\*NSF, 1995.

COURNEYA KS, FRIEDENREICH CM. Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Ann Behav Med* 1999;21(2):171-179.

CYPCAR D, LEMANSKE RFJR. Asthma and exercise. *Clin Chest Med* 1994;15(2):351-68.

DOUGLAS PS, CLARKSON TB, FLOWERS NC et al. Exercise and atherosclerotic heart disease in women. *Med Sci Sports Exerc* 1992, 24, 6, 266-276.

EATON CB, LAPANE KL, EWING-GARBER C, et al. Physical activity, physical fitness and coronary heart disease risk factors. *Med Sci Sports Exerc* 1995;27(5): 340-346.

ERIKSEN HR, ELLERTSEN B, GRONNINGSÆTER H et al. Physical exercise in women with intractable epilepsy. *Epilepsia* 1994;35( 6):1256-64.

FRIEDENREICH CM, ROHAN TE. A review of physical activity and breast cancer. *Epidemiology*. 6(3):311-317, 1995.

FRIEDENREICH CM, COURNEYA, KS. Exercise as rehabilitation for cancer patients. *Clin J Sport Med* 6(4):237-244, 1996.

GERBER LH. Exercise and arthritis. *Bull Rheum Dis* 1990;39:1-9.

GEZONDHEIDSRAAD COMMISSIE OSTEOPOROSE. Preventie van osteoporose. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991. Publicatie nr. 91/21.

GIACCA A, QING SHI Z, MARLISS EB et al. Physical activity, fitness and type 1 diabetes. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Physical activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, Human Kinetics Publishers, 1994, 656-668.

GUDAT U, BERGER M, LEFEBRE J. Physical activity, fitness and non-insulin-dependant (type 2) diabetes mellitus. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Physical activity, fitness and health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign: Human Kinetics Publishers, 1994, 669-683.

HAGBERG JM, MONTAIN SJ, MARTIN WH. Effect of exercise training in 60- to 69 year old persons with essential hypertension. *Am J Cardiol* 1989;64:348-53.

HAGBERG JM. Exercise, fitness and hypertension. In: Bouchard C. Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge. Champaign: Human Kinetics Books, 1990.

HAZES JMW. Epidemiologische aspecten van artrose. In: Goedhart WJA , DL Knook , red. Artrose bij ouderen. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu en van Loghum, 1993.

HEINONEN A, KANNUS P, SIEVANEN H, et al. Randomized controlled trial of effect of high-impact exercise on selected risk factors for osteoporotic fractures. *Lancet* 1996;348(16): 1343-7.

HELMRICH SP, RAGLAND DR, LEUNG RW. Physical activity and reduced occurrence of non-insulinedependant diabetes mellitus, *New Engl J Med* 1991;325:147-52.

HOCHBERG MC. Epidemiologic considerations in the primary prevention of osteoarthritis. *J Rheumatol* 1991;18:1438-40 .

HOPMAN-ROCK M, FLORIS W, KRAAIMAAT JWJ, et al. Physical activity, physical disability and osteoarthritic pain in older adults. *J Phys Activity Ageing* 1996; 4:307-24.

HOPMAN-ROCK M. Living with arthritic pain in the hip or knee. Disability, health status, physical activity, coping with pain, quality of life and health care utilization of community-living elderly people. Proefschrift Universiteit Utrecht, mei 1997.

HUIJSMAN R, WIELINK G, KLERK MMJ, et al. Effect van lichaamsbeweging bij ouderen: een overzicht van recente literatuur en de mogelijkheid van economische evaluatie. *Tijdschr Gerontol* 1994;25(6):237-49.

JETTE M, HELLER R, LANDRY F, et al. Randomized 4 weeks exercise program in patients with impaired left ventricular function. *Circulation* 1991;84:1561-7.

KEMPER HCG , MECHELEN W van, POST GB, et al, eds. The Amsterdam Growth Study: a longitudinal analysis of health, fitness and lifestyle. Champaign Ill: Human Kinetics Publishers, 1995. Human Kinetics Sport Science Monograph Series Vol 6.

KOHL HW, MCKENZIE JD. Physical activity, fitness and stroke. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T eds. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics Books, 1994:609-21.

KUIPERS H. De betekenis van lichaamsbeweging bij het voorkomen van artrose. In: Goedhart WJA en DL Knook , red. Artrose bij ouderen. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu en van Loghum, 1993.

KURODA K, TATARA K, TAKATORIGE T, SHINSHO F. Effect of physical exercise on mortality in patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 1992;86(1):55-9

LEE I.M. Physical activity, Fitness and Cancer. In: Bouchard, C., R.J. Shephard, T. Stephens: Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge. Preceedings of the international conference on exercise, fitness and health, Toronto, Canada. Champaign: Human Kinetics Books, 1994, 814-831.

LEE IM. Exercise and physical health: cancer and immune function. *Res Q Exerc Sport* 66(4):286-291, 1995.

LEON AS, CONNETTI E, JACOBS DR, et al. Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *JAMA* 1987;258:2388-95.

LUBIN F, ROZEN P, ARIELI B, FARBSTEIN M, KNAANIY, BAT L, FARBESTEIN H. Nutritional and lifestyle habits and water-fiber interaction in colorectal adenoma etiology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 6(2):79-85, 1997.

MAAS IAM. Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA) in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie en etiologie en mogelijkheden voor preventie. Bilthoven: RIVM, 1994.

MAAS IAM, GIJSEN R, LOBBEZOO IE, POOS MJJC, red. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997; 1. De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

MANSON JE, RIMM EB, STAMPFER MJ, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependant diabetes-mellitus in women. *Lancet* 1991;338:774-8.

MARTINEZ ME, GIOVANNUCI E, SPIEGELMAN D, HUNTER DJ, WILLETT WC, COLDITZ G.A. Leisure-time physical activity, body size, and colon cancer in women. Nurses' Health Study Research Group *J Natl Cancer Inst* 89(13):948-955, 1997.

MENOTTI F, SECCARECCIA. Physical activity at work and job responsibility as riskfactors for fatal coronary heart disease and other causes of death. *J Epidemiol Community Health* 1985, 39, 325-329.

MORGAN WP. Physical activity, fitness and depression. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge. Proceedings of the international conference on exercise, fitness and health, Toronto, Canada. Champaign: Human Kinetics Books, 1994:851-867.

MORRIS JN, CLAYTON DG, EVERITT MG. Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. *Br Heart J* 1990;63:325-34.

MOSTERD WL, BOL E, VRIES W de, et al. Bewegen gewogen. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1996.

MUNNIKSHOF SA, COUMANS B, AALBERSBERG RO, LAKKE JPWF. Ziekte van Parkinson en Sportief Bewegen. Arnhem: NOC\*NSF, 2000. Serie 'Chronisch zieken en Sport', deel 12.

MUNNIKHOF SA, COUMANS B, MEILOF JF. Multiple Sclerose en Sportief Bewegen. Arnhem: NOC\*NSF, 2001. Serie 'Chronische aandoeningen en sport', deel 13.

NAKKEN KO, BJORHOLT PG, JOHANNESSON SI, et al. Effect of physical training on aerobic capacity, seizure occurrence and serum level of antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Epilepsia* 1990;31: 88-94.

NIEMAN DC. Exercise immunology: practical applications. *Int.J.Sports Med.* 18 Suppl 1:S91-100, 1997.

OBERMAN A. Exercise and primary prevention of cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 1985;55:10d-20d.

OOIJENDIJK WTM, HILDEBRANDT VH, SITGGELBOUT M. Lichamelijke activiteit in Nederland 2000. In: Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Stiggelbout M. *Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2000-2001*. Leiden/Hoofddorp: TNO Preventie en Gezondheid / TNO Arbeid, 2002.

OLIVERIA SA, LEE I.M. Is exercise beneficial in the prevention of prostate cancer? *Sports Med*. 23(5):271-278, 1997.

PAFFENBARGER RS jr, HYDE RT, WING AL et al. A natural history of athleticism and cardiovascular health. *JAMA* 1984;252:491-5.

PANUSH RS, LANE NE. Exercise and rheumatic diseases. *Bailliere's Clinical Rheumatol* 1994: 8.

PATE RR, PRATT M, BLAIR SN, et al. Physical activity and public health. *JAMA* 1995;273:402-7.

PERLMAN SE, CONNELL K, ALBERTI K, et al. Synergistic effects of exercise and problem solving education for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum (abstr)* 1987;30:S13.

PERLMAN SB, CONNELL K, CLARK A. Dance-based aerobic exercise for rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1990;3:29-35.

PESCATELLO LS, FARGO AE, LEACH CN jr. Short-term effect of dynamic exercise on arterial bloodpressure. *Circulation* 1991;83:1557-61.

PESCATELLO LS, DIPIETRO L. Physical activity in older adults, an overview of health benefits. *Sports Med* 1993;15(6)353-64.

PROTAS EJ, STANLEY RK, JANKOVIC J, MACNEILL B. Cardiovascular and metabolic responses to upper and lower extremity exercises in men with idiopathic Parkinson's disease. *Phys Ther* 1996a;76(1):34-40

PROTAS EJ, STANLEY RK, JANKOVIC J. Exercise and Parkinson's disease. *Crit Rev Phys Rehabil Med* 1996b;8(4):253-266

PROTAS EJ, STANLEY RK, JANKOVIC J. Parkinson's Disease. In: *ACSM's Exercise Management for persons with Chronic Diseases and Disabilities*. Champaign, Il.: Human Kinetics 1997 212-218

RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU. *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*. Bilthoven: RIVM, 2002.

SALONEN JT, PUSKA P, TUOMILEHTO J. Physical activity and risk of myocardial infarction, cerebral stroke and death: a longitudinal study in eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1982;115:526-37.

SASCO AJ, PAFFENBARGER RS, GENDRE I, WING AL. The role of physical exercise in the occurrence of Parkinson's disease. *Arch Neurol* 1992;49(4):360-5

SCHÄPERCLAUS GA, GREEF M de, LANDSMAN MLJ et al. De invloed van sportieve activiteit op gezondheid en risicoprofiel. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Werkgroep Bewegingswetenschappen, 1994.

SHABETAI MJ. Beneficial effects of exercise training in compensated heart failure. *Circulation* 1988; 78: 775-6.

SILMAN AJ, HOCHBERG MC. Epidemiology of the reumatic diseases. Oxford: Oxford University Press, 1993.

SIM J, ADAMS N. Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin Journal Pain* 2002;18:324-336.

SLATTERY ML, POTTER J, CAAN B, EDWARDS S, COATES A, MA KN, BERRY TD. Energy balance and colon cancer beyond physical activity. *Cancer Res* 57(1):75-80, 1997.

SOCIAAL CULTUREEL PLANBUREAU (SCP). Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: SCP, 2002.

STEFANICK ML, WOOD PD. Physical activity, lipid and lipoprotein metabolism, and lipid transport. In: Bouchard C, Shephard RJ. Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics, 1994: 417-31.

STIGGELBOUT M, WESTHOFF MH, MULDER YM, OOIJENDIJK WTM, HILDEBRANDT VH, BAKEN W. De gezondheidswaarde van lichamelijke activiteit; een literatuurstudie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998. TNO rapport 97.020.

SULLIVAN MJ, HIGGINBOTHAM MB, COBB FR. Exercise training in patients with chronic heart failure. *Circulation* 1988;78: 506-15.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, US Department of Health and Human Sevices, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.

VRIES SI de, CHORUS AMJ. Sportief bewegen voor mensen met kanker. Fase 1: inventarisatieonderzoek. Leiden: TNO-PG, 2003.

WANNAMETHEE G, SHAPER AG. Physical activity and stroke in British middle-aged men. *BMJ* 1992;304:597-601.

WITTEMAN JCM. Vrouwen en hart- en vaatziekten in Nederland. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1994.







## A Hoe werkt de ZORGmethode

### Oriënterend gesprek

Allereerst krijgt u de gelegenheid voor een oriënterend, informatief gesprek met NebasNsg. Op al uw vragen krijgt u uitgebreid antwoord. Wanneer u vervolgens wilt dat potentiële deelnemers de gelegenheid krijgen om op een plezierige manier te bewegen, laat u dat NebasNsg weten. De potentiële deelnemers ontvangen dan een uitnodiging voor een voorlichtingsbijeenkomst.

### Voorlichtingsbijeenkomst

Met name voor mensen met een chronische aandoening is het belangrijk om te weten wat er wel en niet kan. Daarom vindt eerst een voorlichtingsbijeenkomst plaats. Ook partners of andere betrokkenen zijn van harte welkom. De directe leefomgeving speelt immers een belangrijke rol bij het stimuleren van sportief bewegen. De organisatie van de bijeenkomst gebeurt in samenwerking met de zorginstelling en met de patiëntenvereniging.

### Sporten: kan dat?

Tijdens de bijeenkomst besteden een medisch specialist en een projectleider van NebasNsg uitgebreid aandacht aan het verschijnsel 'sportief bewegen met een chronische aandoening'. Ook het bewegingsprogramma, de doelgroep, het leidinggevende kader, financiën en de accommodatie komen tijdens de bijeenkomst aan bod. Een video ondersteunt het verhaal. Aan het einde van de bijeenkomst kunnen mensen zich al opgeven voor de bewegingsgroep. Als aan alle randvoorwaarden is voldaan kan de bewegingsgroep zo spoedig mogelijk van start gaan.

### Bewegingsgroepen

Bij het samenstellen en indelen van de bewegingsgroepen kijkt men niet alleen naar de specifieke aandoening. Tevens is er een onderscheid tussen:

- rolstoelers en lopers met hulpmiddelen;
- lopers.

De grootte van de groep is verder afhankelijk van de voorkeur, locatie, accommodatie en het aantal deelnemers met dezelfde aandoening. Wanneer de bewegingsgroep van start is gegaan, wordt opnieuw bekeken of de deelnemers zich in de voor hen geschikte groep bevinden.

### Deskundige trainers

De inhoud van het programma bestaat uit: een 'warming-up', rekoefeningen, oefenvormen, het aanpassen van de bewegingssituaties aan de mogelijkheden van de deelnemers en tot slot een 'cooling down'. Behalve bewegingsgroepen in de zaal kunnen ook zwemgroepen worden opgericht.

Alle trainers zijn deskundig opgeleid. Behalve over sporttechnische en didactische kennis, beschikken zij ook over kennis over de specifieke aandoening.

Na afloop is er tijd en gelegenheid voor nakletsen en koffie of thee. De partners of verzorgers voegen zich dan weer bij de deelnemers.

### Resultaten

Gezelligheid, lekker bewegen, het opdoen van sociale contacten, herkenning en handige tips.

Tot nu toe slaagt de methode erin om meer mensen met chronische aandoeningen aan het bewegen te krijgen. Ook mensen met zwaardere beperkingen worden bereikt, zo blijkt uit bewegingsgroepen die inmiddels al van start zijn gegaan.

NebasNsg werkt reeds met de volgende partners samen:

Nederlandse CVA-patiëntenvereniging Samen Verder;

(ex-)kankerpatiëntenvereniging Verder in Balans;

Maag Lever Darm Stichting;

Whiplash Stichting Nederland;

Reuma Patiënten Bond;

Fibromyalgie Eendracht Sterk (FES).

NebasNsg beschikt over een actueel overzicht van partners (zie adresgegevens). De verwachting is dat nog meer patiëntenorganisaties gebruik zullen maken van deze methode. Ook veel gemeenten zegden hun medewerking toe.

### Samenwerking

De ZORGmethode gaat uit van een samenwerkingsmodel. NebasNsg levert de diensten en de producten. De projectaanvrager zorgt voor mede-uitvoering en co-financiering.

Ook bestaat de mogelijkheid om financiële ondersteuning aan te vragen in het kader van de zogenoemde breedtesportimpuls. Gemeenten die een bewegingsgroep willen oprichten, kunnen de ZORGmethode aanvragen door bij NebasNsg een verzoek tot ondersteuning in te dienen.

## B Toelichting begeleiders

Toelichting op onderzoek TNO-PG van de ZORGmethode

Aan : projectleiders en lesgevers

Van : Hans Ethischer

Zoals jullie weten wordt de ZORGmethode onderzocht en geëvalueerd door TNO-PG. Het is de bedoeling dat we meer komen te weten over de effecten van het bewegingsprogramma voor de deelnemers ten aanzien van hun gezondheid en hun ervaren kwaliteit van leven.

Om dit goed te kunnen uitvoeren is jullie hulp daarbij van groot belang. Er moeten een aantal stappen ondernomen worden waarbij jullie stimulerende rol noodzakelijk is.

- Reeds bij de voorlichtingsbijeenkomst wordt gewezen op het onderzoek. Bij de 1e bijeenkomst of als mensen later instromen moet de bereidheidsverklaring van de deelnemers uitgereikt, weer ingenomen en verzonden worden aan Maarten Stiggelbout van TNO-PG. Elke groep krijgt een code, als volgt opgezet (het eerste project in Groningen heet GR1, nummer twee heet GR2, het eerste project in Friesland FR1 tot en met Limburg twee, L2)
- TNO-PG ontvangt per project een lijst met namen, adressen en telefoonnummers van de deelnemers.
- We leveren jullie een presentielijst die elke bijeenkomst moet worden ingevuld.
- Mutaties, mensen die afvallen, dienen gevraagd te worden naar de reden van stoppen met deelname aan het bewegingsprogramma. Ook dient dit doorgegeven te worden aan
- TNO-PG. Zij houden dan een apart exit-interview met deze mensen.
- De deelnemers ontvangen van TNO-PG zo spoedig mogelijk na jullie verzending van de namen van de deelnemers met hun goedkeuringsformulieren, de eerste vragenlijsten. Jullie ontvangen zelf ook een vragenlijst als voorbeeld en stimuleren de deelnemers om de vragenlijsten zo goed mogelijk in te vullen en zo snel mogelijk in te sturen. Bij vragen kunnen de deelnemers bij jullie terecht.
- Tussentijds (om de 4 à 5 maanden) worden de deelnemers door TNO-PG telefonisch benaderd voor een kort interview.
- Bij het eind van de onderzoeksperiode wordt opnieuw een schriftelijke vragenlijst verzonden naar de deelnemers.

*Contactadres:*

TNO-PG  
M.Stiggelbout  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden  
Tel: 071 – 518 16 97



## **C Publicaties**