

**TNO-rapport**

**PG/B&G 2004.088**

**Inventarisatie Beweegrichtlijnen**

|                 |                                                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------|
| Datum           | Maart 2004                                                      |
| Auteur(s)       | M.W.A. Jongert<br>M.G. Pronk<br>A.M.J. Chorus<br>M. Hopman-Rock |
| Aantal pagina's | 51                                                              |
| Opdrachtgever   | Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)               |
| Projectnummer   | 011.70016                                                       |

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.W.A. Jongert

M.G. Pronk

A.M.J. Chorus

M. Hopman-Rock

## Projectnummer

011.70016

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2004.088.

## Voorwoord

In opdracht van het NISB heeft TNO-PG, Bewegen en Gezondheid een inventarisatie uitgevoerd van de beweegadviezen voor mensen met een chronische aandoening binnen (para)medische richtlijnen. Het voorliggende rapport is een verslag van de bevindingen van deze inventarisatie.

Dit rapport omvat:

- een overzicht van instanties die (para)medische richtlijnen uitgeven (voor de hieronder genoemde chronische aandoeningen) waarin aandacht wordt besteed aan bewegen;
- een overzicht van relevante richtlijnen, waarin bewegen als wezenlijk onderdeel is opgenomen;
- een beschrijving van de inhoud van de beweegadviezen;
- een overzicht van de beweegadviezen per aandoening;
- een eerste aanzet tot een concept beoordelingslijst van de beweegadviezen.

Het project heeft betrekking op (para)medische richtlijnen voor:

- diabetes mellitus
- astma / COPD
- artrose
- reumatoïde artritis
- chronische lage rugklachten
- coronaire hartziekten
- CVA
- ziekte van Parkinson

Deze inventarisatie is van belang in verband met de FLASH publiekscampagne voor bewegingsstimulering zoals die momenteel door NISB in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt uitgevoerd.

Binnen de publiekscampagne FLASH kan extra aandacht gegeven worden aan mensen met een chronische aandoening die aan de volgende criteria voldoen:

1. behorend tot belangrijkste risicogroepen voor bewegingsarmoede behoren (zie quickscan gegevens tabellen 1.1 en 1.2);
2. een aandoening hebben waarvoor er bewezen positieve effecten zijn van bewegen op de gezondheid (zie tabel 1.3);
3. een aandoening hebben waarvoor binnen de geprotocolleerde zorg weinig aandacht wordt besteedt aan beweegadviezen.

Naast de rol die deze inventarisatie kan hebben voor de FLASH publiekscampagne kan het aanknopingspunten bieden voor te ondernemen vervolgacties vanuit de regiegroep Sport en Bewegen voor mensen met een chronische aandoening (SBMCA).



## Inhoudsopgave

|          |                                                                                                  |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding.....</b>                                                                            | <b>7</b>  |
| 1.1      | Bewegingsstimulering is een belangrijk speerpunt van VWS.....                                    | 7         |
| 1.2      | Kerncijfers over chronische ziekten en bewegen: de quick scan (Chorus en Hopman-Rock, 2003)..... | 7         |
| 1.3      | Effecten van bewegen op de gezondheid .....                                                      | 10        |
| 1.4      | Relevantie van de inventarisatie van beweegadviezen.....                                         | 10        |
| <b>2</b> | <b>Methode.....</b>                                                                              | <b>13</b> |
| 2.1      | Begripsafbakening (para)medische richtlijnen .....                                               | 13        |
| 2.2      | Inventarisatie beweegadviezen voor chronisch zieken.....                                         | 13        |
| 2.3      | Gehanteerde werkwijze .....                                                                      | 13        |
| 2.4      | Gegevensverzameling .....                                                                        | 14        |
| 2.5      | Codering beweegadviezen.....                                                                     | 14        |
| 2.6      | Instanties.....                                                                                  | 15        |
| 2.6.1    | NHG .....                                                                                        | 15        |
| 2.6.2    | CBO.....                                                                                         | 16        |
| 2.6.3    | KNGF.....                                                                                        | 16        |
| 2.6.4    | NVOM.....                                                                                        | 16        |
| 2.6.5    | VBC.....                                                                                         | 17        |
| 2.6.6    | NHS.....                                                                                         | 17        |
| 2.6.7    | NOV .....                                                                                        | 17        |
| 2.6.8    | NVALT .....                                                                                      | 18        |
| 2.6.9    | NVBA.....                                                                                        | 18        |
| 2.6.10   | HIB .....                                                                                        | 19        |
| 2.6.11   | NebasNsg .....                                                                                   | 19        |
| 2.6.12   | Fit!vak .....                                                                                    | 19        |
| 2.6.13   | NDF .....                                                                                        | 20        |
| 2.6.14   | NVAB.....                                                                                        | 20        |
| 2.6.15   | RIVM .....                                                                                       | 20        |
| 2.6.16   | NVE.....                                                                                         | 21        |
| 2.6.17   | LEV V .....                                                                                      | 21        |
| <b>3</b> | <b>Resultaten.....</b>                                                                           | <b>23</b> |
| <b>4</b> | <b>Korte samenvatting Beweegadviezen Richtlijnen.....</b>                                        | <b>27</b> |
| 4.1      | Diabetes Mellitus.....                                                                           | 27        |
| 4.1.1    | NHG Standaard Diabetes Mellitus type II.....                                                     | 27        |
| 4.1.2    | CBO Richtlijn Diabetes mellitus (Type I en II) .....                                             | 27        |
| 4.1.3    | Nederlandse Diabetes Federatie .....                                                             | 28        |
| 4.2      | Astma .....                                                                                      | 29        |
| 4.2.1    | NHG standaard Astma voor volwassenen en voor kinderen .....                                      | 29        |
| 4.2.2    | NVAB Richtlijn Astma en COPD.....                                                                | 30        |
| 4.2.3    | NVALT Landelijke transmurale afspraak Astma bij volwassenen (LTA Astma bij volwassenen).....     | 30        |
| 4.3      | COPD .....                                                                                       | 31        |
| 4.3.1    | NHG Standaard COPD: behandeling .....                                                            | 31        |
| 4.3.2    | KNGF Richtlijn COPD .....                                                                        | 31        |
| 4.3.3    | NVALT Landelijke Transmurale Afspraak COPD .....                                                 | 32        |
| 4.3.4    | NVAB Richtlijn (Astma) en COPD .....                                                             | 33        |

|          |                                                                                              |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.4      | Artrose .....                                                                                | 33        |
| 4.4.1    | KNGF Richtlijn Artrose Heup-Knie .....                                                       | 33        |
| 4.4.2    | VBC richtlijn Artrose Heup-knie .....                                                        | 33        |
| 4.5      | Reumatoïde Artritis .....                                                                    | 35        |
| 4.5.1    | NHG Standaard Reumatoïde Artritis.....                                                       | 35        |
| 4.6      | Chronische Lage Rugklachten.....                                                             | 35        |
| 4.6.1    | NHG Standaard Lage rugpijn.....                                                              | 35        |
| 4.6.2    | CBO Richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten:.....                                             | 35        |
| 4.6.3    | KNGF Richtlijn Lage Rugklachten.....                                                         | 36        |
| 4.6.4    | NVAB Richtlijn Lage Rugklachten.....                                                         | 36        |
| 4.7      | Coronaire Hartziekten .....                                                                  | 37        |
| 4.7.1    | NHS Richtlijn Hartrevalidatie 2004 .....                                                     | 37        |
| 4.7.2    | KNGF Richtlijn hartrevalidatie .....                                                         | 38        |
| 4.7.3    | NHG Standaard Hartfalen .....                                                                | 39        |
| 4.7.4    | CBO Richtlijn Chronisch Hartfalen (in samenwerking met de<br>Nederlandse Hartstichting)..... | 39        |
| 4.8      | CVA .....                                                                                    | 40        |
| 4.8.1    | CBO Richtlijn Beroerte .....                                                                 | 40        |
| 4.8.2    | NHS Richtlijn Revalidatie na een beroerte.....                                               | 41        |
| 4.8.3    | KNGF richtlijn beroerte .....                                                                | 42        |
| 4.9      | Ziekte van Parkinson .....                                                                   | 43        |
| 4.9.1    | KNGF Praktijkrichtlijn Ziekte van Parkinson- concept .....                                   | 43        |
| <b>5</b> | <b>Aanzet tot een concept beoordelingslijst van de beweegadviezen .....</b>                  | <b>45</b> |
| <b>6</b> | <b>Conclusie .....</b>                                                                       | <b>47</b> |
| <b>7</b> | <b>Literatuur.....</b>                                                                       | <b>49</b> |

# 1 Inleiding

## 1.1 Bewegingsstimulering is een belangrijk speerpunt van VWS

Vanwege de nadelige effecten van inactiviteit op de volksgezondheid tracht de overheid mensen in Nederland te stimuleren om in beweging te komen. De hoofddoelstellingen van VWS op het gebied van bewegen en gezondheid zijn (nota Sport, Bewegen en Gezondheid, VWS, 2001):

- de bevordering van een voldoende mate van sport en bewegen uit oogpunt van de volksgezondheid;
- de vergroting van het gezondheidsbevorderende effect van sport en bewegen bij chronische ziekte, handicaps en arbeidsgelateerde aandoeningen;
- de bevordering van een veilige, verantwoorde wijze van bewegen, o.a. door preventie van blessures en andere sportgerelateerde aandoeningen.

Om bewegingsactiviteiten te bevorderen is een grote landelijke publiekscampagne gestart onder regie van het NISB. De campagne heet FLASH. Binnen Flash wordt in een deelcampagne specifieke aandacht besteed aan de zorgsetting. Deze deelcampagne vindt plaats in 2006 en richt zich met name op de doelgroep mensen met een chronische aandoening. De doelstellingen voor bewegingstimulering zijn als volgt geconcretiseerd (nota Sport, Bewegen en Gezondheid, VWS, 2001):

- Bevordering van voldoende bewegen uitgedrukt als een toename van de normactiviteit van 40% in 1998 naar 50% in 2010.
- Bestrijding van bewegingsarmoede, uitgedrukt als een afname van de inactiviteit van 12% in 1998 naar 8% in 2010.

In het kader van de bewegingsstimulering verdienen chronisch zieken bijzondere aandacht. Op de achtergrond hiervan wordt nu nader ingegaan.

## 1.2 Kerncijfers over chronische ziekten en bewegen: de quick scan (Chorus en Hopman-Rock, 2003)

Verantwoord bewegen kan het beloop van een aantal chronische aandoeningen gunstig beïnvloeden, en daarmee de kwaliteit van leven. In 1995 werd door een tijdelijke stuurgroep 'Sport en bewegen chronisch zieken' (geïnstalleerd door de Nationale Commissie Chronisch Ziekten) geconstateerd dat chronisch zieken in het algemeen weinig deelnemen aan bewegingsactiviteiten en dat er tegelijkertijd een grote behoefte bestaat aan specifiek, aangepast aanbod. Mede hierom en ter bevordering van een actieve leefstijl heeft de overheid zich ten doel gesteld een actief, wervend beleid te voeren om de gezondheidswinst door sport en beweging bij chronisch zieken te vergroten en tegelijkertijd de gezondheidsrisico's te verkleinen (kabinetsnota 'Sport, Bewegen en Gezondheid, 2001).

Hoewel er tot nu toe belangrijke resultaten zijn behaald op het terrein van sport en bewegen voor mensen met een chronische aandoening, zijn verdere inspanningen noodzakelijk om gericht beleid te kunnen voeren inzake bewegingsstimulering voor deze groepen. Vandaar dat er zowel vanuit het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport als vanuit belangenorganisaties de behoefte bestaat aan meer inzicht in en differentiatie van de totale doelgroep chronisch zieken op dit onderwerp. Op basis

hiervan zouden profielen kunnen worden gedefinieerd van mensen met chronische aandoeningen die deel kunnen nemen aan reguliere sportactiviteiten, voor mensen die niet kunnen deelnemen aan reguliere sport maar wel kunnen deelnemen aan aangepaste beweegactiviteiten, of mensen die enkel strikt therapeutisch in staat zijn om te bewegen. In dit kader is door TNO Preventie en Gezondheid een quick scan uitgevoerd naar bestaande gegevens over chronisch zieken en bewegen in opdracht van de regiegroep Sport en Bewegen voor Mensen met Chronische Aandoeningen (SBMCA)

De resultaten van de quick scan (Chorus en Hopman-Rock, 2003) bevestigen dat uitgaande van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen mensen met chronische aandoeningen in alle leeftijdsgroepen lichamelijk minder actief zijn dan mensen in de algemene bevolking (zie tabel 1.1) (Chorus en Hopman-Rock, 2003). In de leeftijdsgroep 18-64 jarigen vormen bij mannen de groepen astma / COPD en overige chronische aandoeningen en bij vrouwen de groepen artrose, andere aandoeningen van het bewegingsstelsel en neurologische aandoeningen de belangrijkste risicogroepen voor bewegingsarmoede. In de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder zijn de belangrijkste risicogroepen mannen met hart- en vaatziekten, astma / COPD en overige chronische aandoeningen en vrouwen met hart- en vaatziekten, artrose, andere aandoeningen van het bewegingsstelsel, kanker, diabetes mellitus, astma / COPD en overige chronische aandoeningen (Chorus en Hopman-Rock, 2003). Bovendien blijken vrouwen met chronische aandoeningen in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder een belangrijke risicogroep voor totale inactiviteit (zie tabel 1.2).

Tabel 1.1 Percentage dat voldoet aan de NNGB uitgesplitst naar chronische aandoening, leeftijd en geslacht (PPCZ,1999)

|                                               | % normactief [95% BI*] |                   | % normactief [95% BI*] |                   |
|-----------------------------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
|                                               | mannen                 | vrouwen           | mannen                 | vrouwen           |
|                                               | 18-64                  | 18-64             | 65 jaar en ouder       | 65 jaar en ouder  |
| Spijsverteringsaandoeningen                   | 54 [27;81]             | 43 [25;61]        | 62 [21;100]            | 64 [27;100]       |
| hart- en vaatziekten                          | 60 [48;72]             | 39 [21;57]        | <b>40 [30;50]</b>      | <b>30 [20;40]</b> |
| Artrose                                       | 45 [25;65]             | <b>39 [29;49]</b> | <b>38 [16;60]</b>      | <b>31 [19;43]</b> |
| overige aandoeningen                          | 45[31;59]              | <b>31 [21;41]</b> | 48 [26;70]             | <b>28 [16;40]</b> |
| bewegingsstelsel                              |                        |                   |                        |                   |
| neurologische aandoeningen                    | 50 [32;68]             | <b>32 [22;42]</b> | 59 [35;83]             | 33 [15;51]        |
| Kanker                                        | 37 [13;61]             | 61 [45;77]        | 60 [38;82]             | <b>22 [2;42]</b>  |
| diabetes mellitus                             | 51 [37;65]             | 49 [37;61]        | 61 [45;77]             | <b>24 [12;36]</b> |
| astma/copd                                    | <b>38 [24;50]</b>      | <b>44 [34;54]</b> | <b>38 [16;60]</b>      | <b>22 [10;34]</b> |
| overige chronische aandoeningen               | <b>46 [31;51]</b>      | <b>45 [37;53]</b> | <b>41 [27;55]</b>      | <b>29 [17;41]</b> |
| totale groep chronische aandoeningen          | <b>46 [42;50]</b>      | <b>42 [38;46]</b> | <b>45 [39;51]</b>      | <b>28 [24;32]</b> |
| referentie algemene bevolking 2001 (CBS,2003) | 52                     | 55                | 68                     | 46                |

\* BI=betrouwbaarheidsinterval

Note: **Vetgedrukte percentages** zijn statistisch significant verschillend van het percentage van de referentiegroep



Tabel 1.2 Percentage inactieven uitgesplitst naar chronische aandoening, leeftijd en geslacht (PPCZ, 1999)

|                                      | % inactief [95% BI*] |                  | % inactief [95% BI*]          |                                |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------------|
|                                      | mannen<br>18-64      | vrouwen<br>18-64 | mannen<br>65 jaar en<br>ouder | vrouwen<br>65 jaar en<br>ouder |
| Spijverteringsaandoeningen           | 0                    | 28 [12;44]       | 39 [[0;80]                    | 32 [0;67]                      |
| hart- en vaatziekten                 | 10 [2;18]            | 17 [3;31]        | 29 [19;39]                    | 47 [37;57]                     |
| Artrose                              | 20 [6;26]            | 22 [8;37]        | 21 [3;39]                     | 48 [32;64]                     |
| overige aandoeningen                 | 16 [4;36]            | 16 [6;26]        | 30 [10;50]                    | 53 [41;65]                     |
| bewegingsstelsel                     |                      |                  |                               |                                |
| neurologische aandoeningen           | 15 [3;27]            | 15 [3;27]        | 32 [10;54]                    | 43 [25;61]                     |
| Kanker                               | 22 [14;30]           | 20 [8;32]        | 24 [4;44]                     | 45 [21;69]                     |
| diabetes mellitus                    | 27 [15;39]           | 26 [16;36]       | 22 [8;36]                     | 47 [33;61]                     |
| astma/copd                           | 16 [8;24]            | 18 [10;26]       | 41 [29;53]                    | 56 [42;70]                     |
| overige chronische aandoeningen      | 15 [9;21]            | 19 [13;25]       | 33 [19;47]                    | 48 [34;62]                     |
| totale groep chronische aandoeningen | 16 [12;20]           | 23 [19;27]       | 31 [25;37]                    | 49 [45;53]                     |

\* BI=betrouwbaarheidsinterval

Specifieke gegevens over lichamelijke activiteit van chronisch zieken hebben voornamelijk betrekking op de vrije tijd. Over lichamelijke activiteit in het huishouden en van/naar en op het werk zijn bijna geen gegevens beschikbaar. Wat betreft de deelname aan sportieve lichamelijke activiteiten in de vrije tijd, valt op dat chronisch zieken vooral zwemmen, fietsen en wandelen, hetgeen ze voornamelijk niet-georganiseerd doen. Huidige ontwikkelingen in beweeggedrag in het algemeen laten zien dat met name in de groep 12-49 jarigen de vrije tijd is afgenomen. Dit gaat nu ten koste van de hoeveelheid lichamelijke activiteit en als gevolg hiervan zijn de toekomstige ontwikkelingen voor ouderen in het algemeen ongunstiger te noemen. Aangezien het toenemen van de leeftijd sterk gerelateerd is aan het optreden van chronische aandoeningen en er nauwelijks andere gunstige ontwikkelingen zijn in leefstijl en persoonskenmerken is dit algemene beeld ook ongunstig voor chronisch zieken specifiek (Chorus en Hopman-Rock, 2003).

Belangrijke determinanten voor de mate van lichamelijke activiteit bij chronisch zieken zijn ziektespecifieke determinanten zoals het aantal chronische aandoeningen, het langzaam verslechteren van de gezondheidstoestand, pijn, zichtbare lichamelijke beperkingen, beperkingen in het sociaal functioneren, beperkingen in het mentaal functioneren, vermoeidheid, onder controle van een arts en het zelf controle uit kunnen oefenen op de gezondheid; beweeggedrag als sportverleden en plezierige herinneringen en goede ervaringen met sporten in het verleden, ervaren moeite, intensiteit, en de eigen controle over de training; sociale steun van familie, vrienden en professionele steun van een arts of (para-)medische professional; en tot slot de fysieke omgeving als toegankelijkheid van faciliteiten en beschikbaarheid van materialen om thuis te kunnen bewegen (Chorus en Hopman-Rock, 2003).

De gegevens van de quick scan zijn in het voorliggende rapport opgenomen omdat zij een goed beeld geven van de mate van inactiviteit en de mate waarin chronisch zieken voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

### 1.3 Effecten van bewegen op de gezondheid

Daarnaast is het van belang om een overzicht te geven van de bewezen positieve effecten van bewegen op de gezondheid bij mensen met een chronische aandoening.

Tabel 1.3 Bewezen positieve effecten van beweging op de gezondheid (nota Sport, Bewegen en Gezondheid, VWS, 2001)

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gezondheidsparameters (fysieke, geestelijke en psychosociale) | <i>Overtuigend bewijs:</i> lichaamsgewicht, vetpercentage, bloeddruk, ratio HDL/LDL-cholesterol, het triglyceridegehalte, de glucosetolerantie, de insulinegevoeligheid, de botdichtheid, het slaappatroon                                                     |
|                                                               | <i>Aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> coördinatie, reactievermogen, reactiesnelheid, geheugen, psychosociaal welbevinden, gemoedstoestand, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, zelfwaarde                                                                  |
| Ontstaan van ziekten                                          | <i>Overtuigend bewijs:</i> Hart- en vaatziekten, niet insuline afhankelijke diabetes, overgewicht en osteoporose<br><i>Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> beroerte, depressie, colonkanker en borstkanker                                        |
| Beloop van ziekten                                            | <i>Overtuigend bewijs:</i> coronaire hartziekten, niet insuline afhankelijke diabetes en overgewicht<br><i>Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> CARA, osteoporose, beroerte, angst en depressie, reumatoïde artritis, epilepsie en cystic fibrosis |
|                                                               | <i>Aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> o.a. artrose, bekkeninstabiliteit, nierziekten, lage rugpijn, ziekte van Parkinson en lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicap                                                                       |

In tabel 1.3 is een overzicht opgenomen van de mate van evidentie met betrekking tot de effecten van bewegen bij mensen met verschillende chronische aandoeningen. Hierbij is een uitsplitsing gemaakt naar effecten op gezondheidsparameters, het ontstaan van aandoeningen en het beloop van de ziekten.

### 1.4 Relevantie van de inventarisatie van beweegadviezen

De cijfers uit de quick scan laten duidelijk zien dat bewegingsstimulering van verschillende groepen chronisch zieken duidelijk meer aandacht verdient. Ook is gebleken dat de arts/medisch professional een belangrijke invloed kan hebben op het beweeggedrag van chronisch zieken. De invloed van de arts/medisch professional is een determinant van beweeggedrag.

In het voorliggende rapport wordt bekeken in hoeverre door (para)medici binnen de geprotocolleerde zorg, zoals deze beschreven is in de richtlijnen, specifieke aandacht aan beweegadviezen wordt besteedt. Deze beweegadviezen zouden naast een eventuele therapeutische waarde ook van belang kunnen zijn in het kader van bewegingsstimulering (preventief). Zij kunnen een bijdrage leveren aan het realiseren van de doelstellingen van de overheid op gebied van bewegingsstimulering. Ook kan de inventarisatie in het voorliggende rapport laten zien welke groepen chronisch zieken (binnen de geselecteerde aandoeningen) waarschijnlijk vanuit de zorg weinig

beweegadviezen krijgen. Uiteraard kunnen individuele behandelaars afwijken van de geprotocolleerde zorg en meer informatie over het belang van bewegen en/of concretere beweegadviezen aan de patiënten geven. Richtlijnen geven immers aan individuele beroepsbeoefenaren de mogelijkheid om hier in sommige gevallen van te kunnen afwijken, wanneer dat goed gemotiveerd kan worden.

Op basis van de bovenstaande informatie kan geconcludeerd worden dat binnen de publiekscampagne FLASH extra aandacht gegeven kan worden aan mensen met een chronische aandoening die aan de volgende criteria voldoen:

1. behorend tot belangrijkste risicogroepen voor bewegingsarmoede behoren (zie quick scan gegevens tabellen 1.1 en 1.2);
2. een aandoening hebben waarvoor er bewezen positieve effecten zijn van bewegen op de gezondheid (zie tabel 1.3);
3. een aandoening hebben waarvoor binnen de geprotocolleerde zorg weinig aandacht wordt besteedt aan beweegadviezen.



## 2 Methode

### 2.1 Begripsafbakening (para)medische richtlijnen

Een richtlijn is (in dit rapport) gedefinieerd als een systematisch ontwikkelde, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die door deskundigen is opgesteld en is gericht op de inhoud van het methodisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en (organisatorische) aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben (Hendriks et al, 1998).

Richtlijnen worden ondermeer ontwikkeld om:

- handvatten te bieden aan de individuele zorgverleners om effectieve zorg te kunnen bieden;
- de kennis over de werkzaamheden te expliciteren wat betreft doeltreffendheid en knelpunten;
- de eenduidigheid van zorg te bevorderen;
- de zorg te veranderen in de richting die op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten gewenst is;
- de taken en verantwoordelijkheden van de beroepsgroepen af te bakenen, inzichtelijk te maken;
- de samenwerking tussen disciplines te bevorderen.

### 2.2 Inventarisatie beweegadviezen voor chronisch zieken

In verschillende (para)medische richtlijnen voor mensen met een chronische aandoening wordt aandacht besteedt aan bewegen. In sommige gevallen betreft het adviezen die betrekking hebben op leefregels, in sommige gevallen wordt bewegen ingezet als (onderdeel van de) behandeling van bepaalde aandoeningen. Voor verschillende aandoeningen zijn er vanuit diverse beroepsgroepen aparte richtlijnen geschreven die soms betrekking hebben op dezelfde aandoeningen of patiëntgroepen.

Zo zijn er voor bijvoorbeeld claudicatio intermittens / perifeer vaatlijden richtlijnen verschenen van het NHG, het CBO en het KNGF. Tot nu toe is er nog geen overzicht gemaakt van alle richtlijnen voor (para)medici die informatie bevatten over bewegen. Er is er nog geen inventarisatie gemaakt van de inhoud van deze beweegadviezen en ook zijn de beweegadviezen niet gecontroleerd op consistentie; om te zien of de beweegadviezen eenduidig zijn. Het voorliggende rapport is een eerste aanzet, waarin met name de inventarisatie wordt uitgevoerd. De kwalitatieve beoordeling van de beweegadviezen wordt in het huidige rapport niet (in extenso) uitgevoerd; dit valt buiten de opdracht die TNO PG van NISB heeft gekregen.

Het ontbreken van een overzicht van beweegadviezen heeft er toe geleid dat het NISB aan TNO PG heeft gevraagd om een inventarisatie uit te voeren van deze beweegadviezen, zoals deze zijn opgenomen in de verschillende (para)medische richtlijnen.

### 2.3 Gehanteerde werkwijze

Op verzoek van het NISB is een selectie gemaakt van aandoeningen waarvoor beweegadviezen, binnen (para)medische richtlijnen, geïnventariseerd zijn.

Aspecten die bij de keuze hebben meegespeeld zijn:

- prevalentie van de aandoening;
- mate van inactiviteit bij mensen met deze aandoening (zie tabellen 1.1 en 1.2);
- de mate van evidentie met betrekking tot de effecten van bewegen bij mensen met deze aandoening (zie tabel 1.3).

De inventarisatie van beweegadviezen binnen richtlijnen heeft betrekking op richtlijnen voor:

- diabetes mellitus
- astma / COPD
- artrose
- reumatoïde artritis
- chronische lage rugklachten
- coronaire hartziekten
- CVA

Op verzoek van het NISB is naast de voornoemde aandoeningen ook nog toegevoegd:

- ziekte van Parkinson,

althoewel deze op basis van de eerder genoemde selectiecriteria niet naar voren was gekomen.

## **2.4 Gegevensverzameling**

In overleg met het NISB is besloten dat in ieder geval de volgende instanties bij de inventarisatie betrokken zouden worden: NHG, CBO, KNGF, NVOM, VBC, NHS, Nederlandse Vereniging van Bewegingsagogen, HIB, NebasNsg, Fit!vak.

Nadat een lijst is samengesteld van geselecteerde instanties werden vervolgens deze instanties benaderd om de richtlijnen te verzamelen. Via telefoon en / of e-mail werd geïnventariseerd waar en op welke wijze de richtlijnen konden worden ingezien. Hierbij gold voor enkele instanties dat de richtlijnen direct konden worden “gedownload” via Internet. Bij andere instanties werden de richtlijnen opgestuurd via post of e-mail.

Niet alle benaderde instanties hebben richtlijnen ontwikkeld, sommige richtlijnen zijn momenteel nog in ontwikkeling en soms is het ontwikkelen van een richtlijn voor een bepaalde instantie niet relevant.

## **2.5 Codering beweegadviezen**

Binnen relevante richtlijnen is aan de beweegadviezen een codering toegekend om de mate van gedetailleerdheid van de adviezen te beschrijven. Deze codering is tot stand gekomen door consensus binnen het projectteam van TNO PG.

Deze criteria waren:

| <i>Code:</i> | <i>Criteria:</i>                                                                                                                                 |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1            | uitsluitend de mededeling dat bewegen wenselijk is                                                                                               |
| 2            | idem als 1 + noemen van beweegdoel                                                                                                               |
| 3            | idem als 2 + noemen van aanbieder/begeleider                                                                                                     |
| 4            | globaal beweegadvies: regelmatig bewegen, mogelijke beweegactiviteiten, beweegdoel, begeleider/aanbieder                                         |
| 5            | concreet beweegadvies: bewegingsactiviteiten, doel beweegactiviteiten, frequentie, duur, intensiteit, indicaties/contra-indicaties               |
| 6            | beweegadvies op maat: concreet beweegadvies + rekening houden met individuele situatie stages of change, persoonlijke beweegdoelen en voorkeuren |
| 7            | leefstijlinterventie: concreet beweegadvies + multidisciplinaire zorg, plus intake en evaluatie (geprotocolleerde zorg)                          |

Vervolgens is per richtlijn een korte samenvatting gemaakt van de gevonden beweegadviezen. Per aandoening zijn deze weergegeven. Tot slot is aangegeven of de beweegadviezen gericht waren op de therapie (Th) of de preventie (P).

## 2.6 Instanties

Deze paragraaf bevat een korte beschrijving van de instanties die benaderd zijn voor de inventarisatie van de beweegadviezen. De keuze voor de benaderde instanties heeft plaatsgevonden in overleg met NISB.

### 2.6.1 NHG

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) bestaat sinds 1956 en is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen in Nederland. Belangrijkste doelstelling van het NHG is de bevordering en ondersteuning van een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts. Met het kwaliteitsbeleid, waarvan de standaardenontwikkeling, de deskundigheidsbevordering en de bevordering van een goede praktijkvoering de hoofdbestanddelen zijn, levert het NHG een belangrijke bijdrage aan de professionalisering van de beroepsgroep.

Het NHG telt een kleine 7500 leden, onder wie bijna 6000 praktiserende huisartsen. De overige leden zijn buitengewone leden, zoals huisartsen in opleiding, medisch specialisten, apothekers en vertegenwoordigers van instellingen op het gebied van de gezondheidszorg.

De vereniging bestaat uit drie afdelingen: Advisering en Scholing (A&S), Productontwikkeling en Implementatie (P&I) en Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid (R&W).

Ook kan men bij de NHG terecht voor:

- advisering en ondersteuning;
- het on-line aanmelden als lid;
- het bestellen van producten;
- of voor informatie over congressen en/of evenementen.

### 2.6.2 CBO

Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing, ofwel het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Zij zet zich in voor verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Het CBO is in 1979 opgericht als het Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing. De toenmalige Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Geneeskundige Vereniging hebben destijds de aanzet tot de oprichting gegeven. Aanvankelijk richtte het CBO zich voornamelijk op de bevordering van de kwaliteit van het professionele handelen. Nu concentreert het CBO zich vooral op de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen.

Tot de klanten van het CBO behoren medisch specialisten, verpleegkundigen, paramedici, tandheelkundigen en (het management) van zorginstellingen. Verder dient het CBO de overheid en zorgverzekeraars van advies.

Kerntaken van het CBO zijn:

- Bewustmaking en agendabepaling; het overtuigen van overheid, koepelorganisaties en zorgaanbieders van het belang en de noodzaak van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid;
- Innovatie, het ontwikkelen van nieuwe methodieken en instrumenten waarvan de patiëntenzorg beter wordt;
- Implementatie; de toepassing van nieuwe kennis en methodieken in de praktijk;
- Overdracht; overdragen van kennis en ervaringen aan professionals en instellingen. Hierbij vormen training, supervisie en netwerkontwikkeling belangrijke instrumenten.

### 2.6.3 KNGF

Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie is de beroepsorganisatie voor fysiotherapeuten. Het KNGF heeft ruim 19.000 leden. Het KNGF biedt haar leden onder meer de volgende diensten aan:

- Individueel ledenadvies over uiteenlopende onderwerpen
- Uitgave tijdschriften: FysioPraxis en het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
- Organisatie van het jaarlijkse KNGF-congres
- Ontwikkelingen van KNGF-richtlijnen
- Drukwerk voor leden

Het KNGF kent een organisatie in regio's. De regio's hebben een belangrijke rol bij het kwaliteitsbeleid, onder andere bij het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapeuten. Ook spelen regionale overlegstructuren een belangrijke rol bijvoorbeeld met zorgaanbieders, instellingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

Het kwaliteitsbeleid van het KNGF is een belangrijks speerpunt. Hier is in de afgelopen 10 jaar veel in geïnvesteerd. Dit blijkt onder andere uit de ontwikkeling van een groot aantal beroepsinhoudelijke richtlijnen en de opzet van de (accreditatie) van de na- en bijscholing, de herregistratie en de inschrijving in het kwaliteitsregister.

### 2.6.4 NVOM

De Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM) is de beroepsorganisatie van oefentherapeuten Mensendieck. De NVOM is opgericht in 1928. Als vereniging van oefentherapeuten Mensendieck streeft de NVOM er naar de eigenheid van het product oefentherapie te bewaren en tegelijkertijd in de verdere ontwikkeling van het product oefentherapie aan te sluiten bij maatschappelijke en demografische ontwikkelingen.

Van de 1300 geregistreerde oefentherapeuten Mensendieck zijn er circa 1100 lid van de NVOM. De NVOM kent een organisatie in 23 regio's conform de LHV regio's.



De NVOM houdt zich bezig met de ontwikkeling beroepsinhoudelijke richtlijnen. Er zijn al verschillende richtlijnen door de algemene ledenvergadering van de NVOM goedgekeurd. Besloten is dat alle leden van de NVOM per 1 juni 2003 dienen te handelen volgens de ontwikkelde en goedgekeurde richtlijnen.

#### 2.6.5 VBC

De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) is de beroepsorganisatie van oefentherapeuten Cesar. De VBC vereniging stelt zich ten doel:

1. De bevordering van de oefentherapie Cesar, gebaseerd op de bewegingsleer van mevrouw Maria Cesar;
2. Het behartigen van de sociaal-economische en rechtspositionele belangen van de leden;
3. Het bevorderen van een goede landelijke en regionale spreiding van het aanbod aan oefentherapie Cesar;
4. Het bevorderen en behouden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Ruim 90% van alle oefentherapeuten Cesar is lid van de Vereniging Bewegingsleer Cesar. Het aantal leden van de VBC bedraagt ca. 1.025. Hiervan zijn er ca. 873 werkende leden. Hiervan zijn er 807 werkzaam in een particuliere praktijk (92.4%). De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) kent een regionale indeling conform de indeling van de districten van de LHV. Nederland is opgedeeld in 23 regio's.

De VBC houdt zich bezig met de ontwikkeling beroepsinhoudelijke richtlijnen, er zijn inmiddels 6 richtlijnen ontwikkeld. Deze richtlijnen worden via de Intercollegiale overleggen oefentherapeuten Cesar geïmplementeerd.

#### 2.6.6 NHS

Nederlandse Hart Stichting is in 1964 opgericht. De Nederlandse Hartstichting bestrijdt hart- en vaatziekten. Zij subsidieert een groot deel van het wetenschappelijk onderzoek naar hart- en vaatziekten in Nederland. Zij geeft voorlichting over een gezonde leefstijl en initieert verbeteringen in de gezondheidszorg. Daarnaast steunt de Hartstichting patiëntenverenigingen.

Kerntaken van de NHS zijn ondermeer:

- verbetering van patiëntenzorg, o.a. gericht op wachtlijsten in de zorg, voorlichting aan individuele patiënten, scholing, organisatie van nascholingscursussen en congressen, het schrijven van richtlijnen;
- preventie en voorlichting, m.n. gericht op het uitdragen van een gezonde leefstijl o.a. via publiekscampagnes;
- subsidie verlening aan wetenschappelijk onderzoek en het initiëren van wetenschappelijk onderzoek.

#### 2.6.7 NOV

De Nederlandse Orthopedische Vereniging is opgericht in 1898. Alle orthopedisch chirurgen van Nederland en de Nederlandse Antillen zijn hierbij aangesloten.

De vereniging heeft ten doel:

1. Het bevorderen der studie en het verbreiden der kennis van de conservatieve en operatieve orthopedie onder artsen en aanstaande artsen.
2. Het behartigen, zowel in als buiten de vereniging, van de sociale belangen van de artsen die de orthopedie uitoefenen.

De vereniging tracht haar doel te bereiken door:

- a. het houden van vergaderingen, waar wetenschappelijke voordrachten gehouden worden;
- b. het publiceren van die voordrachten;

- c. het houden en bevorderen van en het deelnemen aan geneeskundige congressen;
- d. het verlenen van steun bij de opleiding van artsen tot orthopeed en voor zover mogelijk en nodig regelend daarbij op te treden;
- e. het ondersteunen van leden der vereniging en personen en instellingen die een gelijksoortig doel nastreven;
- f. andere wettige middelen die tot het doel bevorderlijk kunnen zijn.

De NOV heeft in 1993 een Commissie Kwaliteit ingesteld. De commissie heeft als taak om alle activiteiten van de Nederlandse Orthopedische Vereniging, haar commissies en werkgroepen te inventariseren, te begeleiden en te coördineren, waar deze activiteiten samenhangen met kwaliteit.

De NOV ontwikkelt toetsingscriteria, richtlijnen en standaarden.

#### 2.6.8 *NVALT*

De Nederlandse vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) is de vereniging voor longartsen en longartsen in opleiding in Nederland. De NVALT is opgericht in 1908. Het aantal leden bedraagt ruim 600. De vereniging heeft een eigen professioneel secretariaat, gevestigd in Den Bosch.

De NVALT stelt zich ten doel:

- de bevordering van longziekten en tuberculose in de meest uitgebreide zin;
- de behartiging van geneeskundige belangen op dit gebied en van de maatschappelijke belangen van de leden

De vereniging is actief op het terrein van de kwaliteit van zorg voor de longpatiënt door de individuele longarts te ondersteunen. De ondersteuning van de longartsen omvat:

- periodieke visitaties van longklinieken
- het opstellen van richtlijnen
- de opleiding tot longarts
- de herregistratie van longartsen

De vereniging kent een groot aantal commissies en werkgroepen. De commissie zijn vooral actief op beleidsmatige gebieden zoals opleiding/onderwijs/nascholing, beroepsbelangen, visitaties, richtlijnen, anti-rook beleid etc. Werkgroepen houden zich bezig met specifieke onderdelen van de longgeneeskunde zoals longkanker, infectieziekten, longrevalidatie, ademhalingsstoornissen tijdens de slaap, allergie en beroepsastma.

#### 2.6.9 *NVBA*

De NVBA is een beroepsvereniging van bewegingsagogen in Nederland. De vereniging is aangesloten bij de Federatie van Hoger opgeleiden in de Gezondheidszorg (FHZ) (zie hieronder). De NVBA heeft ongeveer 130 leden en bestaat officieel sinds 1996. De leden werken voornamelijk vanuit de volgende werkvelden: revalidatiecentra, verpleeghuizen (activiteiten begeleiding), instanties voor verstandelijk gehandicapten en instellingen voor verslavingszorg en psychiatrie.

##### 2.6.9.1 *FHZ*

De FHZ behartigt de belangen van de leden van de aangesloten verenigingen bij CAO-onderhandelingen, fusies en reorganisaties en bij vormgeving van het arbeidsmarkt-, werkgelegenheids- en opleidingsbeleid in de intramurale zorgsector.

#### 2.6.10 *HIB*

Stichting Hart In Beweging is een landelijk samenwerkingsverband van lokale sportorganisaties. Bij HIB zijn 165 sportorganisaties aangesloten. De doelstelling van HIB is het stimuleren van verantwoord bewegen voor mensen met een hartaandoening. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn onder andere dat:

- bewegen ook voor hartpatiënten gezond is en preventief werkt;
- bewegen (vooral in groepen) gezellig en plezierig is en lotgenotencontact biedt;
- bewegen het vertrouwen in eigen mogelijkheden helpt te herwinnen.

Activiteiten van HIB zijn:

1. Club/Regio ondersteuning; via regioconsulenten wordt steungeboden aan de 165 aangesloten sportorganisaties.
2. Opleidingen, HIB organiseert opleidingen om de kwaliteit van het bewegingsaanbod voor hartpatiënten te verhogen. Zo zijn er opleidingen voor HIB sportleider, HIB zwemleider en sportief wandelen voor hartpatiënten.
3. onderzoek en ontwikkeling, hieruit blijkt dat veel hartpatiënten nog onvoldoende bewegen. HIB probeert hier verandering in te brengen.
4. Publiciteit en informatie, informatieverstrekking over sportactiviteiten bij de aangesloten organisaties en de uitgave van het blad Hartenzorg (samen met andere organisaties).

Het schrijven van beroepsinhoudelijke richtlijnen behoort nog niet tot de taken van de Stichting Hart in Beweging.

#### 2.6.11 *NebasNsg*

NebasNsg is een sportorganisatie voor mensen met een beperking. NebasNsg creëert en waarborgt sportmogelijkheden voor deze mensen. Bij NebasNsg zijn zo'n 600 sportverenigingen aangesloten. NebasNsg wil de kennisexpert zijn op het gebied van sport voor mensen met een beperking. Dit doet zij zowel binnen de wereld van de sport als de wereld van onderwijs, zorg en revalidatie.

Op het gebied van sport werkt NebasNsg samen met onder andere NOC\*NSF, NISB en IOS. Ook met steeds meer sportbonden werkt NebasNsg samen om integratie van sporters met een beperking te ondersteunen en te bevorderen.

Scholen voor speciaal onderwijs spelen een belangrijke rol in het stimuleren van sport voor jongeren. Ook bij revalidatiecentra en sociaal pedagogische diensten worden mensen ondersteund hun leven vorm te geven, waarbij sport een belangrijk onderdeel is. Patiëntenorganisaties hebben veel kennis van hun doelgroep, waar NebasNsg op in kan haken. NebasNsg wil met deze organisaties samen werken aan de verdere kennisontwikkeling en ondersteuning.

NebasNsg heeft (nog) geen (para)medische richtlijnen ontwikkeld voor bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken. Door NebasNsg worden wel informatiebrochures uitgegeven voor beweegactiviteiten van chronisch zieken, het betreft informatiemateriaal voor patiënten.

#### 2.6.12 *Fit!vak*

Fit!vak is de brancheorganisatie van erkende sport- en bewegingscentra. Bij Fit!vak zijn 400 Sport- en Gezondheidscentra aangesloten.

Fit!vak steunt de aangesloten ondernemers op het gebied van bedrijfsvoering, personeel, kwaliteit, product- en methodiekontwikkeling. Fit!vak promoot het product fitness en de daarbij behorende activiteiten en diensten.

Fit!vak organiseert uiteenlopende activiteiten om Sport- en Gezondheids ondernemers op de hoogte te houden van de ontwikkelingen binnen de Fitnesssector:

- Districtsledenvergaderingen;

- themadagen over actuele onderwerpen;
- seminars en workshops;
- vakopleidingen voor de fitnesssector.

Fit!vak heeft geen richtlijnen ontwikkeld voor de begeleiding van bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken.

#### 2.6.13 NDF

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is in 1995 opgericht.

Binnen de NDF werken mensen met diabetes, behandelaars en wetenschappers gezamenlijk aan de verbetering van de diabeteszorg in Nederland. Hierbij worden momenteel de volgende doelstellingen nagestreefd:

1. Beter en eerder opsporen van diabetes
2. Verzekerde toegang tot educatie van zowel zorgvragers als zorgverleners
3. Vormgeven en implementeren van geprotocolleerde diabeteszorg
4. Bevorderen van toetsing van kwaliteit in de diabeteszorg
5. Streven naar adequate financiering van diabeteszorg
6. Incorporatie van het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes in het traject naar "Goede Diabeteszorg"

De NDF opereert inhoudelijk onafhankelijk en wil aanspreekpunt zijn voor overheden en zorgverzekeraars en tegelijk een breed platform voor allen, die direct of indirect betrokken zijn bij de zorg voor de mens met diabetes.

#### 2.6.14 NVAB

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde heeft als doel het bevorderen van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in de ruimste zin, als wetenschap en als beroepsuitoefening, alsmede het bevorderen van de professionele belangen van haar leden en anderen werkzaam op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

De NVAB stelt zich de volgende drie doelen:

1. Bevorderen van de rol van de bedrijfsarts als de medisch specialist op het terrein van arbeid en gezondheid.

De NVAB wil het methodisch en planmatig werken, het gebruik van richtlijnen en het volgen van intercollegiale toetsing bevorderen om te komen tot meer transparant, eenduidig en toetsbaar handelen. Met de informatie uit de spreekkamer en de werkplek, en de vertrouwenspositie bij individuele werknemers kan de bedrijfsarts in preventieve zin adviseren op beleidsniveau. Daarmee wordt de rol van de bedrijfsarts als adviseur van zowel het management als de werknemers(vertegenwoordiging) van de organisatie benadrukt.

2. Bevorderen van de rol van de bedrijfsarts als "samenwerker" in een multidisciplinair team.
3. Bevorderen van de rol van de bedrijfsarts als behartiger van de maatschappelijke belangen van werk(zoek)enden, waar het gaat om hun gezondheid in relatie tot werk.

De bedrijfsarts én zijn beroepsvereniging leveren een positieve bijdrage aan het aan het werk houden van mensen en het zonodig reïntegreren, zowel binnen de reguliere dienstverlening als op maatschappelijk niveau.

#### 2.6.15 RIVM

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu verricht onderzoek op het gebied van volksgezondheid en milieu en verzamelt wereldwijd kennis, geeft daar betekenis aan en past die kennis toe.

Het RIVM geeft geen richtlijnen uit en zal daarom in dit rapport niet verder besproken worden.

#### 2.6.16 NVE

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie is de beroepsorganisatie van ergotherapeuten. De NVE streeft ernaar het beroep ergotherapie in al haar facetten stevig op de zorgkaart van Nederland te zetten. De NVE heeft ca. 3000 leden.

De NVE richt zich op:

- Belangenbehartiging;
- Verbeteren van de positie van ergotherapeuten;
- Ontwikkelingen in het beroep.

Het beroep ergotherapie is continu in beweging. De zorg die ergotherapeuten leveren wordt afgestemd op de (veranderende) vraag van cliënten, nieuwe samenwerkingsverbanden met andere zorgverleners en nieuwe (waar mogelijk evidence-based) methodieken. De NVE stimuleert ergotherapeuten tot uitwisselen van kennis en vaardigheden opdat optimaal gebruik kan worden gemaakt van elkaars ervaring. De NVE bevordert dat ontwikkelingen worden vastgelegd en vertaald in standaarden zodat de uniformiteit van de wijze waarop de zorg voor cliënten plaatsvindt wordt bevorderd. Om bovenstaande doelen te realiseren is de inbreng van de leden onontbeerlijk. De NVE werkt daarom aan het verbeteren van de onderlinge communicatie zodat er een klimaat ontstaat dat uitnodigt tot actieve deelname en betrokkenheid van vele leden.

#### 2.6.17 LEVV

Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) is een onafhankelijk kenniscentrum dat zich ten doel stelt de professionele uitoefening van de zorg door verpleegkundigen en verzorgenden te bevorderen.

Door het verzamelen, ontwikkelen en verspreiden van kennis draagt het LEVV bij aan de verbetering van de beroepsuitoefening en aan vernieuwingen in de zorg, met het oogmerk die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig te maken. ([www.levv.nl](http://www.levv.nl))

Het LEVV richt zich in het algemeen op de volgende themagebieden:

- taakherschikking
- richtlijnen
- evidence based handelen
- zorgvernieuwing
- onderwijs en deskundigheidsbevordering
- ondersteuning bij de implementatie van onderzoek
- wet- en regelgeving

De LEVV heeft tot nu toe geen eigen richtlijnen ontwikkeld, maar heeft wel meegewerkt aan de totstandkoming van andere richtlijnen, als diabetes behandeling, beroerte en chronisch hartfalen.



### 3 Resultaten

De resultaten van de inventarisatie van de beweegadviezen binnen (para)medische richtlijnen worden in dit hoofdstuk in tabellen weergegeven.

In tabel 3.1 is aangegeven van welke instanties informatie is ontvangen over de bestaande richtlijnen. De richtlijnen zijn per aandoening weergegeven. In de tabel is ook aangegeven dat soms geen informatie beschikbaar was (leeg vakje) of dat de informatie over een betreffende richtlijn niet behoort tot de expertise van de instantie (nvt) (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1. Overzicht van richtlijnen per instantie, uitgesplitst per aandoening

| Aandoeningen | Diabetes Mellitus | Astma | COPD | Artrose       | Reumatoïde Artritis | Chronische lage rug-klachten | Coronaire Hartziekten    | CVA              | Ziekte van Parkinson |
|--------------|-------------------|-------|------|---------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|----------------------|
| Instanties   |                   |       |      |               |                     |                              |                          |                  |                      |
| NHG          | Ja                | Ja    | Ja   | -             | Ja                  | Ja                           | Ja                       | Ja (zie NHS/CBO) | -                    |
| CBO          | Ja                | -     | -    | -             | -                   | Ja                           | Ja (Chronisch hartfalen) | Ja               | -                    |
| KNGF         | -                 | -     | Ja   | Ja, Heup/knie | -                   | Ja                           | Ja                       | Ja <sup>a</sup>  | Ja <sup>a</sup>      |
| NVOM         | -                 | -     | -    | -             | -                   | Ja <sup>a</sup>              | -                        | -                | a                    |
| VBC          | -                 | -     |      | Ja, Heup/knie | -                   | -                            | -                        | -                | a                    |
| NHS          | -                 | nvt   | nvt  | nvt           | nvt                 | nvt                          | Ja                       | Ja               | nvt                  |
| NOV          | nvt               | nvt   | nvt  | nvt           | -                   | Ja, (zie CBO)                | nvt                      | nvt              | nvt                  |
| NVALT        | nvt               | Ja    | Ja   | nvt           | nvt                 | nvt                          | nvt                      | nvt              | nvt                  |
| NVBA         |                   |       |      |               |                     |                              |                          |                  |                      |
| HIB          | -                 | nvt   | nvt  | nvt           | nvt                 | nvt                          | -                        | -                | nvt                  |
| NebasNsg     | -                 | -     | -    | -             | -                   | -                            | -                        | -                | -                    |
| NDF          | Ja                | nvt   | nvt  | nvt           | nvt                 | nvt                          | nvt                      | nvt              | nvt                  |
| Fit!vak      | -                 | -     | -    | -             | -                   | -                            | -                        | -                | -                    |
| NVAB         | -                 | Ja    | Ja   | -             | -                   | Ja                           | -                        | -                | -                    |
| NVE          | -                 | -     | -    | -             | -                   | Ja, (zie CBO)                | -                        | Ja (zie NHS/CBO) | -                    |
| LEVV         | Ja (zie NDF)      | -     | -    | -             | -                   | -                            | Ja (zie CBO)             | Ja (Zie NHS/CBO) | -                    |

|                     |                                                                                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NHG</b>          | Nederlands Huisartsen Genootschap                                                   |
| <b>CBO</b>          | Centraal BegeleidingsOrgaan1.                                                       |
| <b>KNGF</b>         | Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie                                     |
| <b>NVOM</b>         | Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten Mensendieck                            |
| <b>VBC</b>          | Vereniging Bewegingsleer Cesar                                                      |
| <b>NHS</b>          | Nederlandse Hart Stichting                                                          |
| <b>NOV</b>          | Nederlandse Orthopedische Vereniging                                                |
| <b>NVALT</b>        | Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose                   |
| <b>NVBA</b>         | Nederlandse Vereniging voor Bewegingsagogen                                         |
| <b>HIB</b>          | Hart In Beweging                                                                    |
| <b>NebasNsg</b>     |                                                                                     |
| <b>Fit!vak</b>      |                                                                                     |
| <b>NDF</b>          | Nederlandse Diabetes Federatie                                                      |
| <b>NVAB</b>         | Nederlandse Vereniging voor Arbeids -en Bedrijfsgeneeskunde                         |
| <b>RIVM</b>         | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu                                       |
| <b>NVE</b>          | Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie                                            |
| <b>LEVV</b>         | Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging                                 |
| <b>Ja</b>           | richtlijn aanwezig en verwerkt in de inventarisatie                                 |
| <b>A</b>            | in ontwikkeling                                                                     |
| <b>nvt</b>          | richtlijn voor betreffende aandoening is geen onderdeel van expertise van instantie |
| <b>-</b>            | richtlijn niet aanwezig                                                             |
| <b>(leeg vakje)</b> | geen informatie beschikbaar                                                         |

### Codering van de beweegadviezen

In tabel 3.2 is per richtlijn weergegeven welke codering aan de beweegadviezen is gegeven aan de hand van de vooraf gestelde criteria. Deze criteria zijn:

- 1 uitsluitend de mededeling dat bewegen wenselijk is
- 2 idem als 1 + noemen van beweegdoel
- 3 idem als 2 + noemen van aanbieder/begeleider
- 4 globaal beweegadvies: regelmatig bewegen, mogelijke beweegactiviteiten, beweegdoel, begeleider/aanbieder
- 5 concreet beweegadvies: bewegingsactiviteiten, doel beweegactiviteiten, frequentie, duur, intensiteit, indicaties/contra-indicaties
- 6 beweegadvies op maat: concreet beweegadvies + rekening houden met individuele situatie stages of change, persoonlijke beweegdoelen en voorkeuren
- 7 leefstijlinterventie: concreet beweegadvies + multidisciplinaire zorg, plus intake en evaluatie (geprotocolleerde zorg)



Tabel 3.2 Een overzicht gegeven van de codering van de beweegadviezen in de richtlijnen die zijn opgesteld aan de hand van vooraf gestelde criteria.

| Aandoeningen | Diabetes Mellitus | Astma | COPD | Artrose | Reumatoïde Artritis | Chronische lage rugklachten | Coronaire Hartziekten | CVA            | Ziekte van Parkinson |
|--------------|-------------------|-------|------|---------|---------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|
| Instanties   |                   |       |      |         |                     |                             |                       |                |                      |
| NHG          | 1                 | 1     | 2    | -       | 3                   | 3                           | 2                     | 4<br>(zie CBO) | -                    |
| CBO          | 2                 | -     | -    | -       | -                   | 2                           | 5                     | 4              | -                    |
| KNGF         | -                 | -     | 7    | 4       | -                   | 4                           | 7                     | 5              | 7                    |
| NVOM         | -                 |       | -    | -       | -                   | a                           | -                     | -              | a                    |
| VBC          | -                 | -     |      | 4       | -                   | -                           | -                     | -              | a                    |
| NHS          | -                 | nvt   | nvt  | nvt     | nvt                 | nvt                         | 7                     | 4              | nvt                  |
| NOV          | nvt               | nvt   | nvt  | nvt     | -                   | a                           | nvt                   | nvt            | nvt                  |
| NVALT        | nvt               | 1     | 2    | nvt     | nvt                 | nvt                         | nvt                   | nvt            | nvt                  |
| NebasNsg     | -                 | -     | -    | -       | -                   | -                           | -                     | -              | -                    |
| NDF          | 5                 | nvt   | nvt  | nvt     | nvt                 | nvt                         | nvt                   | nvt            | nvt                  |
| NVAB         | -                 | 2     | 2    | -       | -                   | 4                           | -                     | -              | -                    |
| NVE          | -                 | -     | -    | -       | -                   | 2 (zie CBO)                 | -                     | 4 (zie CBO)    | -                    |
| LEVV         | 5 (zie NDF)       | -     | -    | -       | -                   | -                           | 5 (Zie CBO)           | 4 (zie CBO)    | -                    |

a in ontwikkeling

nvt richtlijn voor betreffende aandoening is geen onderdeel van expertise van instantie

- richtlijn niet aanwezig

(leeg vakje) geen informatie ontvangen



## 4 Korte samenvatting Beweegadviezen Richtlijnen

In dit hoofdstuk is een korte samenvatting opgenomen van de beweegadviezen uit de geselecteerde (para)medische richtlijnen is. De samenvatting is per aandoening geclusterd.

### 4.1 Diabetes Mellitus

#### 4.1.1 NHG Standaard Diabetes Mellitus type II

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor huisartsen die patiënten begeleiden met diabetes mellitus type II (Rutten et al, 2003).

In de richtlijn wordt het belang van bewegen beschreven. Bewegen is voornamelijk van belang in het kader van preventie. Concreet staat in de richtlijn genoemd dat de arts aan de patiënt moet aangeven dat lichaamsbeweging wenselijk is.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

#### 4.1.2 CBO Richtlijn Diabetes mellitus (Type I en II)

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners betrokken bij zorgverlening aan patiënten met diabetes mellitus (van Ballegooie en van Everdingen, 1998). De richtlijn is tot stand gekomen door een samenwerking van het CBO met de Nederlandse Diabetes Federatie. De richtlijn is met name geschreven om complicaties bij patiënten met diabetes mellitus te voorkomen.

In de richtlijn wordt ten aanzien van de adviezen een uitsplitsing gemaakt voor verschillende complicaties die bij patiënten met diabetes mellitus kunnen optreden. Deze worden achtereenvolgens beschreven.

##### *Diabetische Retinopathie :*

In dit gedeelte van de richtlijn is geen beweegadvies opgenomen.

##### *Diabetische nefropathie:*

In dit gedeelte van de richtlijn wordt stilgestaan bij het belang van bewegen. Bewegen is van belang in het kader van preventie. Bovendien wordt bewegen ingezet als onderdeel van de niet-medicamenteuze behandeling. Concreet staat in de richtlijn genoemd dat aan de patiënt moet worden verteld dat lichaamsbeweging wenselijk is. Als beweegdoelen worden genoemd:

- vermindering van de kans op cardiovasculaire complicaties.
- vermindering van eventueel overgewicht (alhoewel er geen direct verband is aangetoond tussen bewegen en diabetische nefropathie).

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

##### *Diabetische voet:*

In dit gedeelte van de richtlijn is geen beweegadvies opgenomen.

#### *Hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus:*

In dit gedeelte van de richtlijn wordt specifiek ingegaan op het belang van bewegen voor diabetes patiënten die ook hart- of vaatziekten hebben. Bewegen wordt therapeutisch ingezet om bij te dragen aan:

- een goede instelling van glucosetofwisseling;
- de insuline-resistentie;
- een stijging van het HDL-cholesterol;
- het behoud van de “lean body mass” (vet vrije massa).

Bewegen wordt preventief ingezet met als doel:

- gewichtsreductie bij overgewicht;
- vermindering van het risico op sterfte aan hart-en vaatziekten.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

#### 4.1.3 *Nederlandse Diabetes Federatie*

##### Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg 2000

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners betrokken bij zorgverlening aan patiënten met diabetes mellitus (van Ballegooie, 2000).

De richtlijn is tot stand gekomen door een samenwerking van de Nederlandse Diabetes Federatie met het CBO. Er is overlap met de eerder beschreven CBO richtlijn diabetes mellitus (hoofdstukken 1 t/m 4). Naast de eerder beschreven beweegadviezen (zie CBO richtlijn) worden in de overige hoofdstukken nog de onderstaande beweegadviezen beschreven.

Hoofdstuk 7 bevat een richtlijn sport en bewegen bij diabetes mellitus. Het doel van deze richtlijn is het geven van adviezen die kunnen leiden tot veilige en verantwoorde lichamelijke inspanning bij mensen met reeds bekende diabetes mellitus en bij mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type II.

Beweegadviezen worden gegeven met een preventief en therapeutisch doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

Ter preventie:

- lichamelijke inspanning (zowel sport als lichamelijke activiteit als onderdeel van het dagelijks leven) werkt preventief ten aanzien van de bijkomende complicaties en de risicofactoren van diabetes en hart/ vaatziekten (overgewicht, bloeddruk, lipidenprofiel);
- lichamelijke inspanning werkt preventief ten aanzien van het ontstaan van diabetes mellitus type II.

In dit kader wordt specifiek aandacht besteed aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Ter behandeling:

- lichamelijke inspanning werkt gunstig op de glucosetolerantie;
- lichamelijke inspanning werkt gunstig op de insulinegevoeligheid.

In de richtlijn worden zaken als bewegingsactiviteiten, trainingsvariabelen en trainingsopbouw globaal besproken. Er wordt aangegeven dat:

- -Frequentie, duur en vervolgens intensiteit van bewegen dienen zorgvuldig te worden opgebouwd, zodat er de mogelijkheid is tot aanpassing van de voeding en medicatie.
- De meest geschikte vormen van sport zijn duursporten, zoals wandelen, fietsen en zwemmen, waarin de intensiteit goed doseerbaar is en de aanpassingen

gemakkelijker om de bloedglucosebalans te bewaren. Allerlei teamsporten zijn ook goede mogelijkheden.

Specifieke aandachtspunten bij bewegingsactiviteiten voor diabetes patiënten worden duidelijk beschreven. De volgende aspecten worden beschreven:

- contra-indicaties voor lichamelijke inspanning
- wie is voor wat geschikt?
- voorzorgsmaatregelen
- preventie van hypoglycemie
- aanpassing van de medicatie bij lichamelijke inspanning, bij een toename van de hoeveelheid lichamelijke inspanning is een aanpassing van zowel orale medicatie als van insuline (veelal) noodzakelijk.

Afgeraden worden bewegingsactiviteiten, waarbij een hypoglycemie kan leiden tot levensgevaarlijke situaties, bijvoorbeeld parachutespringen, (diepzee)duiken, bergbeklimmen en watersporten zonder andere mensen in de buurt.

In de richtlijn wordt niet ingegaan op aspecten als begeleiders/aanbieders van bewegingsactiviteiten, individuele beweegdoelen, multidisciplinaire zorg en geprotocolleerde zorg (inclusief intake en evaluatie).

## 4.2 Astma

### 4.2.1 NHG standaard Astma voor volwassenen en voor kinderen

Er bestaan twee afzonderlijke NHG standaarden voor astma, één voor kinderen (jonger dan 12 jaar) en één voor volwassenen (van 12 jaar en ouder). Omdat de inhoud van de beweegadviezen sterke overeenkomst vertoont worden de beide NHG richtlijnen voor astma samen besproken.

*Doelgroep:* de richtlijnen zijn geschreven voor huisartsen die patiënten begeleiden met astma (van 12 jaar en ouder) en kinderen (< 12 jaar). Het streefdoel van de behandeling is (Geijer et al, 2003, Dirksen et al, 2003):

- geen of weinig klachten, een acceptabele nachtrust, (vrijwel) normale dagelijkse activiteiten;
- het voorkomen of tijdig behandelen van exacerbaties;
- het bereiken of behouden van een optimale longfunctie.

dit alles met zo weinig mogelijk hinder van interventies, dat wil zeggen medicatie in de laagst effectieve dosering met de laagste toedieningsfrequentie en de minste bijwerkingen.

Naast algemene maatregelen zoals vermijden van roken en saneren bij een allergie voor huisstofmijt of andere binnenshuis voorkomende allergenen bestaat de behandeling uit voorlichting en medicamenteuze therapie.

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- het vermijden van contacten met allergenen, a-specifieke prikkels (rook en stof) en in geval van inspanningsastma (inspanningsprikkels);
- verbeteren van de algemene lichamelijke conditie (o.a. als onderdeel van de longrevalidatie bij patiënten met ernstige persisterende astma die ondanks optimale zorg aanzienlijke beperkingen blijven ondervinden).

In de NHG richtlijnen astma wordt aangegeven dat sport goed mogelijk is en dat dit wordt aanbevolen (eventueel na inhalatie van een kortwerkend  $\beta_2$ -sympathicomimeticum als er inspanningsgebonden klachten zijn).

Voor patiënten met inspanningsastma wordt uitsluitend ingegaan op de specifieke medicatie die voorgeschreven kan worden; er wordt geen aandacht besteedt aan bewegingsadviezen om klachten van inspanningsastma te verminderen.

Preventie van osteoporose wordt als doel genoemd (voor patiënten die lang duren hoge doseringen prednis(ol)on krijgen), zonder dat hierbij wordt ingegaan op de rol van lichaamsbeweging hierbij. Het is aan de longarts om preventie van osteoporose onder de aandacht te brengen.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

#### 4.2.2 *NVAB Richtlijn Astma en COPD*

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor bedrijfsartsen die te maken krijgen met werknemers met astma en COPD (A-Tjak, 2003).

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- bewegen (lichamelijke training) om de energetische belastbaarheid van werknemers te verhogen zowel voor astma als voor COPD;
- bewegen als onderdeel van longrevalidatie kan bijdragen aan een verlichting van de kortademigheid, de vermoeidheid en aan een toename van het gevoel van controle over de conditie (m.n. voor COPD).

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

#### 4.2.3 *NVALT Landelijke transmurale afspraak Astma bij volwassenen (LTA Astma bij volwassenen)*

*Doelgroep:* de LTA is geschreven voor longartsen en huisartsen die patiënten met astma begeleiden (Folmer et al, 2001).

De LTA Astma is het resultaat van landelijk overleg tussen huisartsen en longartsen. De LTA is een richtlijn die is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse vereniging voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). De LTA geeft de afspraken weer die huisartsen en longartsen hebben gemaakt over doelmatige medische zorg bij patiënten met Astma rekening houdend met verschillen in aanpak tussen huisartsen en longartsen. De LTA gaat met name in op raakvlakken van de eerstelijns- en tweedelijnszorg en geeft richtlijnen voor verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg waarbij voor patiënten de continuïteit in het behandelbeleid herkenbaar blijft. De LTA sluit aan bij reeds bestaande richtlijnen.

In de LTA worden besproken: uitgangspunten, beleid voor controles, verwijzing, terugverwijzing/gedeelde zorg en de achtergronden.

Streefdoelen bij het beleid bij Astma zijn:

- geen of weinig klachten, een acceptabele nachtrust, (vrijwel) normale dagelijkse activiteiten;
- het voorkomen van exacerbaties;
- het bereiken of behouden van een optimale en stabiele longfunctie;

Bewegen vormt geen wezenlijk onderdeel van de LTA. Bewegen wordt alleen voor patiënten met ernstig persisterend Astma geadviseerd. Dit zijn patiënten waarbij algemene maatregelen (o.a. stoppen met roken, vermijden meerroken en saneren bij allergie), symptomatische medicatie (kortwerkende  $\beta$ 2-sympaticomimeticum)

eventueel aangevuld met een inhalatie corticosteroïd en eventueel aangevuld met een lang werkende  $\beta$ 2-sympaticomimeticum.

Voor deze patiënten wordt bewegen alleen geadviseerd met een therapeutisch doel, als onderdeel van de longrevalidatie. Bewegen met een preventief doel wordt niet geadviseerd.

Beweegdoelen, beweegactiviteiten, trainingsmethoden en trainingsvariabelen worden niet ingevuld.

Bij patiënten die langer dan 6 maanden  $\geq 7,5$  mg prenis(ol)on gebruiken moet aandacht besteed worden aan de preventie van osteoporose. Bewegen wordt hierbij niet expliciet als onderdeel genoemd.

## 4.3 COPD

### 4.3.1 NHG Standaard COPD: behandeling

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor huisartsen die patiënten begeleiden met COPD (Dirksen et al, 2003). Beweegadviezen worden met name gegeven met een therapeutisch doel. In de richtlijn wordt stilgestaan bij het belang van bewegen, ook worden de beweegdoelen concreet omschreven. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- Bewegen om de lichamelijke conditie te verbeteren (fietsen, wandelen, zwemmen). Een verbetering van de lichamelijke conditie zal misschien kunnen bijdragen aan een verbetering van de functionele mogelijkheden en de kwaliteit van leven van de patiënt.
- Bewegen ter versterking van ademhalingsspieren. Een versterking van de ademhalingsspieren zal mogelijk kunnen bijdragen aan een afname van de dyspnoe van de patiënt en een afname van de beperkingen die de patiënt in het dagelijkse leven ondervindt.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

### 4.3.2 KNGF Richtlijn COPD

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor fysiotherapeuten die COPD-patiënten behandelen met problemen als gevolg mucusklaring en /of patiënten die beperkingen ervaren bij activiteiten in het dagelijks leven (Bekkering et al, 1998).

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. De belangrijkste therapeutische doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- verminderen van dyspnoe;
- verbeteren van het inspanningsvermogen.

De bewegingsactiviteiten in de therapie zijn gericht op vergroten van inspanningsvermogen. Hierbij is goede ademhalingstechniek een vereiste. De training is gericht op spieruithoudingsvermogen, snelheid, coördinatie en lenigheid.

Trainingsvormen die hierbij geadviseerd worden zijn o.a. circuittraining, sport -en spelvormen, zwemmen. Bij de training leert de patiënt zelfstandig de belasting te doseren door de eigen grenzen te leren kennen en te respecteren o.a. door het gebruik van dyspnoe- en Borgschaal en met het gebruik van een minimale intensiteit.

Voor verschillende beperkingen binnen het ademhalingssysteem worden aparte adviezen gegeven met betrekking tot intensiteit, duur en frequentie.

Bewegingsactiviteiten worden concreet beschreven, aan de hand van een intake worden persoonlijke beweegdoelen vastgesteld. De specifieke inspanningslimitatie van de

patiënt speelt een sturende rol bij de keuze van de trainingsactiviteiten. Aangegeven wordt welke bewegingsactiviteiten kunnen worden ingezet om deze doelen te bereiken. Ook worden de trainingsvariabelen hierbij concreet ingevuld. Meetinstrumenten worden geadviseerd om de vooruitgang te evalueren.

In deze richtlijn wordt ook specifieke aandacht besteed aan ademspiertraining.

#### 4.3.3 *NVALT Landelijke Transmurale Afspraak COPD*

Doelgroep: de LTA is geschreven voor longartsen en huisartsen die patiënten met COPD begeleiden (Folmer et al, 2001).

De LTA COPD is het resultaat van landelijk overleg tussen huisartsen en longartsen. De LTA is een richtlijn die is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse vereniging voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). De LTA geeft de afspraken weer die huisartsen en longartsen hebben gemaakt over doelmatige medische zorg bij patiënten met COPD rekening houdend met verschillen in aanpak tussen huisartsen en longartsen. De LTA gaat met name in op raakvlakken van de eerstelijns- en tweedelijnszorg en geeft richtlijnen voor verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg waarbij voor patiënten de continuïteit in het behandelbeleid herkenbaar blijft. De LTA sluit aan bij reeds bestaande richtlijnen.

In de LTA worden besproken: uitgangspunten, beleid voor controles, verwijzing, terugverwijzing/gedeelde zorg en de achtergronden.

In de richtlijn wordt een onderverdeling gemaakt in licht matig en ernstig COPD, op basis van longfunctieonderzoek in de vorm van spirometrie (FEV1), de ernst van de klachten (o.a. dyspnoe, hoesten, slijm opgeven), de ernst en frequentie van de exacerbaties, de beperking van het inspanningsvermogen en de aanwezigheid van comorbiditeit.

Als behandeldoelen gelden:

- op korte termijn: het verminderen van de klachten, het verbeteren van het inspannings-vermogen en het voorkomen van exacerbaties;
- op langere termijn: (naast de korte termijn doelen) het voorkomen of vertragen van een versnelde achteruitgang van de longfunctie, het uitstellen of voorkomen van complicaties en invaliditeit en het verbeteren van de overleving.

Bewegen vormt geen wezenlijk onderdeel van de LTA. Bewegen wordt alleen voor patiënten met ernstige COPD geadviseerd. Voor deze patiënten wordt bewegen alleen geadviseerd met een therapeutisch doel, als onderdeel van de longrevalidatie. Bewegen met een preventief doel wordt niet geadviseerd.

Aan de huisarts wordt geadviseerd de patiënt naar de longarts te verwijzen met de vraag of longrevalidatie nodig is, is aangewezen indien:

- de patiënt ondanks optimale medische zorg beperkingen en handicaps blijft ondervinden;
- de aandoening dermate ernstig is dat de patiënt onvoldoende controle heeft over zijn klachten beperkingen en handicaps.

De indicatie voor longrevalidatie wordt door de longarts gesteld.

Longrevalidatie is een multidisciplinair behandelproces waarbij (para)medische en psycho-sociale interventies, inclusief training, voeding en educatie worden ingezet. Het doel van de longrevalidatie is het komen tot optimaal dagelijks functioneren en verbetering van de kwaliteit van leven in relatie tot de individuele stoornissen, beperkingen en handicaps, alsmede progressie hiervan te voorkomen en/of te beperken.

Het verbeteren van de lichamelijke conditie, door onder andere training van ademhalingspijpen en skeletspieren en ademregulatie draagt bij aan de vermindering van klachten en beperkingen. De doelen van het therapeutisch bewegen worden



vermeld. De beweegadviezen worden niet nader ingevuld. Er wordt niet ingegaan op bewegingsactiviteiten, trainingsvariabelen en trainingsmethoden. Ook wordt niet concreet aangegeven welke vakdisciplines deze training zouden moeten uitvoeren. Bij patiënten die langer dan 6 maanden  $\geq 7,5$  mg prenis(ol)on gebruiken moet aandacht besteed worden aan de preventie van osteoporose. Bewegen wordt hierbij niet expliciet als onderdeel genoemd.

#### 4.3.4 NVAB Richtlijn (Astma) en COPD

Deze gecombineerde richtlijn voor Astma en COPD is reeds beschreven (zie boven) (A-Tjak, 2003).

### 4.4 Artrose

#### 4.4.1 KNGF Richtlijn Artrose Heup-Knie

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor fysiotherapeuten werkzaam in de 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn die patiënten met artrose begeleiden (Vogels et al, 2001).

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. In de richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende patiëntenprofielen (actieve ontstekingsreactie, episodische klachten of chronische klachten). Ook wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met een adequaat of inadequaat pijn gedrag. Voor genoemde profielen worden andere behandeldoelen geformuleerd.

De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- Bewegen tijdens de therapie om o.a. spierkracht te vergroten, beweeglijkheid te vergroten, musculaire / actieve stabiliteit te vergroten en verbetering van de coördinatie;
- Stimuleren van activiteiten met opbouw in belasting (duur/ intensiteit), op vaste tijden, ongeacht de pijn (tijd-contingent) en met graduele opbouw (graded activity);
- Voor effecten van behandeling en gedragsverandering wordt een behandeling van minimaal 6 weken geadviseerd;
- Bewegen ondanks angst;
- Gedoseerd uitbouwen van ADL-activiteiten;
- Doorverwijzen naar bewegings- en zelfmanagementprogramma's.

Als effectieve bewegingsactiviteiten worden genoemd aerobische oefenprogramma (m.b.v. hydrotherapie) en oefeningen die belastend zijn, functioneel en gericht op spierversterking en verbetering van het uithoudingsvermogen.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen.

#### 4.4.2 VBC richtlijn Artrose Heup-knie

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor oefentherapeuten Cesar werkzaam in de 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn die patiënten met artrose begeleiden (Hasper, 2003).

De basisgedachte van de oefentherapie Cesar is van groot belang voor de werkwijze en beweegadviezen van de oefentherapeuten. Deze basisgedachte is:

- dat er een optimaal grondpatroon van bewegen is aan te wijzen en
- dat iedereen goede houdings- en bewegingsgewoonten kan ontwikkelen via een gericht leerproces.

Bewegingen worden "goed" genoemd als o.a. spieren daarbij op hun best samenwerken en de gewrichten op de juiste manier worden belast.

Het doel van de oefentherapie Cesar is de klachten te doen verdwijnen, verminderen en/of te voorkomen. Hierbij wordt uitgegaan van ieders persoonlijke

bewegingsmogelijkheden en wordt rekening gehouden met ieders eigen situatie (dagelijks leven, beroepsomstandigheden, sport, hobby's etc.)

Binnen de VBC richtlijn Artrose heup-knie worden de beweegadviezen vooral gegeven met een therapeutisch doel. Bij het weergeven van de behandeldoelen wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene doelen en doelen die specifiek gelden ter voorbereiding op een operatie.

De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

Algemene doelstellingen:

- de bewustwording van bewegen, de eigen fysieke grenzen en mogelijkheden leren (her)kennen;
- het behouden of herkrijgen van de beweeglijkheid van de aangedane heup en/of knie;
- het verbeteren van kracht en de coördinatie van spieren/ efficiënt spiergebruik (o.a. gericht op herstellen van een verstoorde spierbalans rond gewrichten);
- het verbeteren van de balans tussen belasting en belastbaarheid;
- het verminderen van angst voor inspanning;
- het verbeteren van het functionele uithoudingsvermogen;
- het verminderen of voorkomen van beperkingen met name wat betreft relevante houdingen en bewegingen uit het dagelijks leven;
- het verminderen of voorkomen van de negatieve gevolgen van de aandoening op participatie;
- leren omgaan met loophulpmiddelen.

Ter voorbereiding op een operatie:

- verkrijgen van inzicht in het efficiënte gebruik van de spieren tijdens het uitvoeren van belastende dagelijkse houdingen;
- leren omgaan met loophulpmiddelen;
- trainen van het functionele uithoudingsvermogen;
- bewust maken van de mogelijkheden en contra-indicaties in houdingen en beweging na de operatie.

In de richtlijn worden specifieke aandachtspunten met betrekking tot de beweegadviezen vermeld, zonder dat hierbij een concrete invulling van de beweegadviezen wordt gegeven. Trainingsvariabelen worden niet concreet ingevuld. In- en exclusiecriteria en concrete meetinstrumenten worden vermeld.

Hierbij speelt de Norm van Cesar een belangrijke rol. Het beroepsspecifieke Cesar onderzoek is gericht op het opsporen en analyseren van niet-optimaal uitgevoerde bewegingen en de wijze waarop de persoon beweegt, getoetst aan de Cesar-norm. Een norm is niet één ding, maar een samenspel van criteria, principes en uitwerkingen daarvan. Bij het onderzoek richt de oefentherapeut Cesar zich op de beoordeling van de uitvoering van bewegingen in klassen die relevant zijn voor de betreffende patiënt (bijvoorbeeld staan, lopen, bukken, zitten). Afhankelijk van de aard en intensiteit van de aandoening kiest de therapeut relevante bewegingen en of oefeningen uit waaraan de problematiek toetsbaar is.

De Cesar therapeut stelt op basis van de methodiek in de richtlijn een individueel oefenprogramma samen, een beweegadvies op maat. Intake en evaluatie op maat worden beschreven, zonder dat hierbij concrete bewegingsactiviteiten worden uitgewerkt en de trainingsvariabelen worden ingevuld.

## 4.5 Reumatoïde Artritis

### 4.5.1 NHG Standaard Reumatoïde Artritis

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor huisartsen die patiënten begeleiden met Reumatoïde Artritis (Lagro et al, 2002).

In de richtlijn wordt stilgestaan bij het belang van bewegen, ook worden de beweegdoelen concreet omschreven. Bewegen wordt hierbij zowel therapeutisch als preventief ingezet. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- Therapeutisch bewegen (als onderdeel van oefentherapie) om functie van aangedane gewrichten in stand te houden, houding te veranderen, pijnlijke hypertonie te verminderen;
- Preventief bewegen om atrofie van de spieren tegen te gaan.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Verwijzing naar fysiotherapeut of ergotherapeut wordt in de richtlijn aanbevolen om de genoemde doelstellingen te realiseren.

## 4.6 Chronische Lage Rugklachten

### 4.6.1 NHG Standaard Lage rugpijn

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor huisartsen die patiënten begeleiden met lage rugpijn (Faas et al, 2001).

In de richtlijn wordt stilgestaan bij het belang van bewegen, ook worden de beweegdoelen concreet omschreven. Bewegen kan hierbij zowel therapeutisch als preventief worden ingezet. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

In de acute fase van lage rugpijn moet de arts het belang van bewegen benadrukken zonder de patiënt door te verwijzen. De arts wordt geadviseerd de patiënt aan te moedigen om, ondanks de pijn, actief te blijven bewegen. Hierbij moet de patiënt het bewegen geleidelijk opbouwen.

In acute fase van lage rugpijn wordt de arts geadviseerd de patiënt niet door te verwijzen naar de fysio- of ergotherapeut.

In een later stadium (subacute / chronische fase van lage rugpijn) kan naast de geleidelijk opgebouwde (zelfstandig door de patiënt uitgevoerde) bewegingsactiviteiten eventueel ook activerende behandeling van fysio- of ergotherapeut plaatsvinden. In dit kader worden dus therapeutische bewegingsactiviteiten ingezet.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Verwijzing naar fysiotherapeut of ergotherapeut wordt in de richtlijn aanbevolen om de genoemde therapeutische beweegdoelen te realiseren.

### 4.6.2 CBO Richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten:

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners betrokken bij de zorg aan patiënten met aspecifieke lage rugklachten (Koes, Sanders en Tuut, 2003). De richtlijn besteedt aandacht aan acute, subacute en chronische lage rugklachten.

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- Bewegen ondanks pijn stimuleren (o.a. in dagelijkse activiteiten);
- Bewegingsactiviteiten tijdscontingent opvoeren, nadat beweegangst is verminderd. Het verminderen van beweegangst en het duidelijk maken dat bewegen met pijn geen kwaad kan en geen risico inhoudt.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. In de richtlijn wordt stilgestaan bij verschillende zorgverleners die een rol kunnen spelen in de behandeling. Onderdeel hiervan vormt het aanbieden van oefentherapie.

#### 4.6.3 *KNGF Richtlijn Lage Rugklachten*

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor fysiotherapeuten die patiënten met aspecifieke lage rugklachten begeleiden (Bekkering et al, 2001). Manuele therapie is buiten beschouwing gelaten.

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. In de richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten met lage rugpijn met een normaal beloop en die met een afwijkend beloop. Bij een normaal beloop nemen de functies, activiteiten en participatie (vrij snel) toe in de tijd. Bij een afwijkend beloop worden functies, activiteiten en participatie niet binnen drie weken hervat.

De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen bij een normaal beloop zijn:

- Bewegen ondanks pijn stimuleren (o.a. in dagelijkse activiteiten), gedoseerde beweging is heilzaam en niet schadelijk;
- het huidige beweeggedrag vol houden en uit te breiden tot volledige activiteit en participatie;
- de patiënt laten ervaren dat bewegen niet schadelijk is;
- door middel van oefenen van bewegingen die nodig zijn voor dagelijkse activiteiten doet de patiënt positieve bewegingservaringen op die de patiënt vervolgens zelf kan uitbouwen naar activiteiten en participatie;

De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen bij een afwijkend beloop zijn:

- oefentherapie uitsluitend bij chronische lage rugklachten en niet bij (sub)acute klachten toepassen;
- het aanbieden van een gevarieerd oefenprogramma aan dat aansluit bij de behoefte van de patiënt;
- tijdgebonden oefenen is zinvol, eventueel kan in water worden geoefend;
- om het niveau van activiteiten te oefenen worden relevante functies en/of activiteiten geoefend.

Het oefenprogramma start met het vaststellen van een basislijn, die als uitgangspunt dient bij het opstellen van een behandelprogramma.

De keuze van de te oefenen bewegingsactiviteiten is afhankelijk van het functioneren van de patiënt; dit gebeurt individueel.

De beweegadviezen worden niet nader ingevuld; er is geen beschrijving van bewegingsactiviteiten, frequentie, duur, intensiteit. Er worden individuele behandeldoelen geformuleerd bij een afwijkend beloop. De individuele adviezen worden niet concreet ingevuld.

#### 4.6.4 *NVAB Richtlijn Lage Rugklachten*

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor bedrijfsartsen die te maken krijgen met werknemers met lage rugklachten (Beek van, 1999).

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- Bewegen ondanks pijn en angst;
- Bewegen in dagelijks leven; vormen als wandelen, fietsen, zwemmen of huishoudelijke activiteiten;
- Bewegingen worden tijdscontingent uitgebouwd;
- Bewegen om spieren te versterken en beweeglijkheid te vergroten met oplopende intensiteit.

In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen. Ook is niet concreet beschreven wie de begeleiding bij de beweegactiviteiten zou moeten verzorgen.

## 4.7 Coronaire Hartziekten

### 4.7.1 NHS Richtlijn Hartrevalidatie 2004

*Doelgroep:* de doelgroep voor deze multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie zijn alle zorgverleners die betrokken zijn bij de klinische en poliklinische hartrevalidatie (cardiologen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, diëtisten, psychologen, maatschappelijk werkers, bedrijfsartsen, huisartsen).

De richtlijn is uitgegeven door de revalidatie commissie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie/ Nederlandse Hartstichting (revalidatiecommissie NVvC/ NHS, 2004). Deze multidisciplinaire richtlijn heeft betrekking op de volgende diagnosegroepen:

- acuut coronair syndroom, waaronder het myocardinfarct
- patiënten met angina pectoris (pijn op de borst)
- CABG (bypass operatie)
- PTCA (dotteren)
- hartklepoperatie

Aan chronisch hartfalen wordt een apart hoofdstuk gewijd. Hetzelfde geldt voor de speciale diagnosegroepen:

- harttransplantatie
- aangeboren hartafwijkingen
- patiënten met een ICD (implantable cardioverter defibrillator)
- ouderen met een hartziekte

Beweegadviezen worden gegeven met zowel een therapeutisch als met een preventief doel.

De algemene doelstelling voor de hartrevalidatie zijn:

1. de patiënt in het dagelijks leven (ondanks de beperkingen) optimaal laten functioneren;
2. de oorzaken van de ziekte gunstig beïnvloeden, secundaire en tertiaire preventie.

Op basis van een beslisboom kan binnen de richtlijn tot een indicatiestelling gekomen worden:

1. Is er sprake van een objectieve vermindering van het (lichamelijk) inspanningsvermogen in relatie tot het toekomstig functioneren?
2. Kan de patiënt een adequate inschatting maken van zij/haar huidig inspanningsvermogen?
3. Is er een verstoring/bedreiging van het psychisch functioneren (o.a. angst voor inspanning)?
4. Is er een verstoring/bedreiging van het sociaal functioneren (o.a. hervatten werk)?
5. Is er sprake van risicogedrag (roken, ongezonde voeding bewegingsarmoede)?

Binnen deze multidisciplinaire richtlijn worden beweegadviezen gegeven met als therapeutische doel:

- het leren kennen van fysieke grenzen;
- het leren omgaan met fysieke beperkingen;
- het optimaliseren van het inspanningsvermogen;
- het overwinnen van angst voor inspanning.

Binnen deze multidisciplinaire richtlijn worden beweegadviezen gegeven met als preventief doelen:

- het ontwikkelen van een actieve leefstijl.

In het grootste deel van de richtlijnen worden de beweegadviezen nauwkeurig uitgewerkt, met uitzondering van de speciale diagnose groepen (hoofdstuk 7).

De gegeven beweegadviezen worden zeer concreet ingevuld. Aanbieder/ begeleider, beweegdoelen, bewegingsactiviteiten, beweegdoel, frequentie, duur, intensiteit, indicaties, contra-indicaties, persoonlijke revalidatie en beweegdoelen, persoonlijke beweegvoorkeuren worden allen vermeld. Daarnaast wordt stilgestaan bij de afstemming met andere zorgaanbieders. Bovendien is er sprake van geprotocolleerde zorg (intake, interventie, evaluatie)

In het hoofdstuk over bijzondere diagnose groepen worden slechts globale beweegdoelen en beweegactiviteiten genoemd. Trainingsvariabelen en mogelijke begeleiders worden niet besproken.

#### 4.7.2 *KNGF Richtlijn hartrevalidatie*

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor fysiotherapeuten werkzaam in de 2<sup>e</sup> lijn die betrokken zijn bij de klinische en poliklinische hartrevalidatie (Vogels et al, 2001). De KNGF richtlijn is specifiek geschreven voor patiënten die revalideren na een acuut myocardinfarct, na een PTCA (dotteren), een CABG (bypass operatie) of een hartklepoperatie.

De KNGF richtlijn hartrevalidatie is vakspecifieke invulling van de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie uitgegeven door de revalidatie commissie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie/ Nederlandse Hartstichting. De algemene doelstellingen van de hartrevalidatie krijgen hierin een vakinhoudelijke invulling (zie multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie NHS).

Voor de beroepsgroep fysiotherapeuten zijn de therapeutische doelstellingen van de hartrevalidatie gericht op:

- het leren herkennen van de eigen grenzen;
- de eigen grenzen in acht leren nemen, het leren erkennen van de eigen grenzen;
- het overwinnen van angst voor inspanning;
- het vergroten van het fysieke prestatievermogen (wanneer het huidige niveau lager is dan het gewenste niveau);
- het leren ontspannen;
- het positief beïnvloeden van de risicofactoren; de oorzaken van de ziekte gunstig beïnvloeden.

Concreet betekent dit laatste voor de fysiotherapie het ontwikkelen van een actieve leefstijl. Beweegadviezen worden gegeven met zowel een therapeutisch als met een preventief doel.

De belangrijkste preventieve doelstellingen van de beweegadviezen ten behoeve van fysiotherapeuten zijn:

- oefenen van vaardigheden om de patiënt na een cardiaal incident weer optimaal te laten functioneren;
- trainen van het aëroob uithoudingsvermogen;
- trainen van lokaal kracht-uithoudingsvermogen.

De belangrijkste (fysio-)therapeutische doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- het krijgen van plezier in bewegen;
- het ontwikkelen van een actieve leefstijl.

De gegeven beweegadviezen worden zeer concreet ingevuld. Aanbieder/ begeleider, beweegdoelen, bewegingsactiviteiten, beweegdoel, frequentie, duur, intensiteit,

indicaties, contra-indicaties, persoonlijke revalidatie en beweegdoelen, persoonlijke beweegvoorkeuren worden allen vermeld. Daarnaast wordt stilgestaan bij de afstemming met andere zorgaanbieders. Bovendien is er sprake van geprotocolleerde zorg (intake, interventie, evaluatie)

#### 4.7.3 *NHG Standaard Hartfalen*

*Doelgroep:* de standaard is bedoeld als richtlijn voor het handelen van huisartsen die patiënten begeleiden met chronisch hartfalen (Walma et al, 20010). De standaard beperkt zich tot de diagnostiek en behandeling van hartfalen bij volwassenen en gaat met name in op chronisch hartfalen.

Beweegadviezen worden gegeven met een therapeutisch doel. Bewegen wordt geadviseerd vanwege de positieve effecten op de perifere doorbloeding. Risico's op hartritmestoornissen lijken niet groot.

De beweegadviezen worden niet nader uitgewerkt. Begeleider en beweegactiviteiten worden niet genoemd.

Bij ernstig hartfalen (patiënten met symptomen in rust of bij lichte inspanning, NYHA Klasse III en IV) wordt geadviseerd om lichaamsbeweging te beperken. Contra-indicaties voor lichaamsbeweging worden wel genoemd (manifest hartfalen, onstabiele angina pectoris, een diastolische bloeddruk >115 mmHg, ventriculaire tachycardie en andere gevaarlijke arrhythmieën, ernstige aortastenose en een acute infectieziekte).

#### 4.7.4 *CBO Richtlijn Chronisch Hartfalen (in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting)*

Dit betreft een multidisciplinaire richtlijn geschreven voor alle vakdisciplines die betrokken zijn bij de zorg aan patiënten met chronisch hartfalen; ter ondersteuning van de zorg aan alle patiënten met chronisch hartfalen (Mosterd en Rosier, 2002). De richtlijn is tot stand gekomen met medewerking van alle relevante beroepsorganisaties en op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologen en de Nederlands Hart Stichting.

Beweegadviezen worden gegeven met een therapeutisch doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- verbetering van de linker ventrikelfunctie (ejectiefractie);
- toename van de cardiac output;
- afname van de perifere vaatweerstand;
- toename van de lokale spierdoorbloeding;
- verbetering van de mechanische efficiëntie van bewegen;
- verbetering van de inspanningstolerantie;
- verbetering van het metabolisme van de skeletspieren (wat leidt tot een grotere opname van zuurstof in de skeletspieren en de ademhalingsspieren en daarmee kan een verbetering van de VO<sub>2</sub>-max worden verklaard);
- verbetering van de ventilatie;
- een gunstige verschuiving van de anaërobe drempel (waardoor de patiënt in het dagelijks leven gemakkelijker in staat is de alledaagse inspanning te verrichten);
- verbetering van de kwaliteit van leven.

Hoewel niet is aangetoond dat de mortaliteit afneemt na fysieke training, zijn er aanwijzingen dat verbetering van de inspanningstolerantie een gunstig effect heeft op de mortaliteit.

Ten aanzien van de inclusiecriteria wordt vermeld dat bewegen alleen gewenst is bij patiënten in de stabiele fase (met name NYHA klasse II en III). Ook oudere patiënten

met chronisch hartfalen kunnen baat hebben bij lichaamsbeweging. Over de training bij vrouwen met hartfalen is nog onvoldoende bekend uit onderzoek.

Ten aanzien van de begeleiding wordt fysiotherapie genoemd als optie. In de richtlijn wordt gesteld dat doelgerichte (fysiotherapeutische) begeleiding de zelfstandigheid van patiënten bevordert. In de richtlijn worden zaken als bewegingsactiviteiten, trainingsvariabelen en trainingsopbouw globaal besproken. Er wordt aangegeven dat er bewogen moet worden volgens geleidelijke opbouw, rekening houdend met individuele wensen, doelen en mogelijkheden. Om voldoende rendement uit een trainingsprogramma te halen, dient de trainingsfrequentie minstens twee- tot driemaal per week te bedragen gedurende (minimaal) zes weken, gevolgd door een onderhoudsprogramma. Training op een fietsergometer heeft om verschillende redenen de voorkeur; er kan worden getraind op een zeer lage intensiteit, de intensiteit van de training is exact in te stellen, en continue bewaking van hartritme en bloeddruk is mogelijk. Daarnaast biedt de fietsergometer een goede mogelijkheid om zowel intervaltraining als duurtraining te verrichten. Hoewel uit verschillende onderzoeken duidelijk is dat een vorm van fysieke training gunstige effecten heeft voor patiënten met hartfalen, is nog onvoldoende duidelijk wat de optimale vorm en duur van training zouden moeten zijn. Bij het bewegen moet men goed letten op contra-indicaties. Deze contra-indicaties worden in de richtlijn beschreven. Het bewegen hoeft niet persé in beweegprogramma plaats te vinden. Patiënten met hartfalen moet gestimuleerd worden tot lichaamsbeweging (binnen hun mogelijkheden).

## 4.8 CVA

### 4.8.1 CBO Richtlijn Beroerte

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die met (tekenen van) een beroerte (waaronder ook een TIA) te maken krijgt (Grol en Weijden, 2000).

Binnen deze richtlijn worden zowel therapeutische als preventieve beweegadviezen opgenomen. De therapeutische beweegadviezen dienen voornamelijk als achtergrond informatie ten behoeve van de arts, zodat deze weet op welke wijze bewegen therapeutisch gebruikt kan worden door oefentherapeuten. Ook wordt beschreven in welke specifieke situaties therapeutische bewegen geïndiceerd is.

In de richtlijn wordt stilgestaan bij het belang van bewegen, ook worden de beweegdoelen concreet omschreven. In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen.

*Preventie beweegdoelen:*

Alhoewel de richtlijn primair is ontwikkeld voor de zorg na een CVA wordt ook stilgestaan bij het belang van bewegen (als onderdeel van een gezonde leefstijl) bij de primaire preventie. Daarnaast wordt ingegaan op de preventieve waarde van bewegen bij mensen die een CVA hebben gehad. Voldoende lichaamsbeweging is van belang voor het voorkomen van een volgend CVA of ter preventie van andere vormen van hart- en vaatziekten. Bewegen wordt in het kader van preventie besproken als één van de beïnvloedbare risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De richtlijn adviseert de arts de patiënt te wijzen op het belang van preventie; de patiënt moet voldoende bewegen. In de richtlijn is geen concrete invulling van de beweegadviezen opgenomen.

- ter behandeling :
  - meer lichamelijke inspanning om functioneel herstel te vergroten (door stroke unit: o.a. fysiotherapeut/ ergotherapeut)
- Doelstellingen bewegen tijdens behandeling therapeutische beweegdoelen:



- 1 mobiliteit vergroten ( de patiënt leert zich zelfstandig en veilig te verplaatsen);
- 2 functionaliteit vergroten (de training is gericht op het (opnieuw) leren van vaardigheden die relevant zijn voor de dagelijkse situatie van de patiënt);
- 3 spasticiteit verminderen, behandeling hiervan wordt uitsluitend als zinvol beschouwd als de spasticiteit hinderlijk is. Bij de behandeling van spasticiteit is fysiotherapie te prefereren boven medicatie en zenuwblokkade;
- 4 Persoonlijke verzorging, m.n. vroegtijdig ingezette arm-handvaardigheids-training verbetert de kans op functioneel herstel.

#### 4.8.2 *NHS Richtlijn Revalidatie na een beroerte*

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die met (tekenen van) een beroerte te maken krijgen (Heugten en, Franke, 2001). Het is een transmurale richtlijn. Deze richtlijn bouwt voort op de achtergrondkennis van de CBO richtlijn en tracht deze te vertalen in praktische handvatten en aanbevelingen. De richtlijn is opgesplitst in deel 1 met algemene informatie en deel 2 met inhoudelijke informatie. Beweegadviezen worden gegeven met een therapeutisch en een preventief doel. In de acute fase ligt het accent op bestrijden van complicaties, mobilisaties en stimuleren van de aanwezige willekeurige motoriek wordt hierbij aanbevolen. In de revalidatie fase wordt oefenen van specifieke vaardigheden en bij voorkeur binnen de eigen woonomgeving in de richtlijn aanbevolen. Het is aannemelijk dat er geen meerwaarde bestaat voor een specifieke neurologische oefenmethode. Belangrijke effecten zijn gevonden bij het toepassen van 'forced-use' technieken, waarbij de patiënt gedurende een periode van een paar weken gedwongen is om de hemiplegische arm functioneel te gebruiken. De niet-paretische arm wordt tijdelijk geïmmobiliseerd. Het geven van conditietraining gedurende een aantal weken, middels ergometrie of een lopende band, wordt aanbevolen vanwege de gunstige effecten op spierkracht en algemeen aëroob uithoudings-vermogen. De trainingsintensiteit moet individueel zijn afgestemd. Tot op heden bestaan er nog geen oefenprogramma's voor het vergroten van de cardio-respiratoire belastbaarheid van CVA-patiënten. Veel CVA-patiënten hebben een beperkte cardiale belastbaarheid. Bij sommigen beperkt dit de ADL activiteiten en tijdens inspanning kunnen pathologische veranderingen ontstaan. Spierkracht, uithoudingsvermogen, efficiëntie in het voortbewegen, systolische bloeddruk en zuurstofgebruik kunnen door fietsergometer- en loopbandtraining verbeteren. Functionele spierversterkende oefeningen, zoals opstaan, gaan zitten en traplopen, worden aanbevolen vanwege de positieve effecten op de spierkracht en het uithoudingsvermogen bij patiënten met een beroerte. Ook kan krachttraining positieve effecten hebben op de loopvaardigheid. Nadelige effecten van krachttraining voor de ontwikkeling van spasticiteit zijn niet aangetoond. Aanbevolen wordt vroeg te starten met een intensieve functionele loopvaardigheidstraining, gericht op die loopvaardigheden die relevant zijn voor het dagelijks leven. Een snelle start heeft een gunstig effect heeft op de snelheid van het functionele herstel. Looptraining met gedeeltelijke partiële gewichtsondersteuning moet worden overwogen bij patiënten die niet binnen drie maanden na het ontstaan van de beroerte loopvaardig zijn. Het trainen van transferfuncties is om de patiënt te leren zich zelfstandig en veilig te verplaatsen van de ene functionele uitgangshouding naar een andere functionele houding. Indien nodig moet aandacht besteedt worden aan bewegingsactiviteiten en het zitten in de rolstoel. Het rolstoelrijden moet op de juiste manier aangeleerd worden.

Beweegadviezen met een preventief doel richten zich op het voorkomen van een volgende beroerte. Hierin wordt aandacht besteedt aan leefregels, o.a. voldoende lichaamsbeweging.

#### 4.8.3 KNGF richtlijn beroerte

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor fysiotherapeuten die zorg verlenen aan patiënten met een CVA (Kwakkel et al, 2004). Deze richtlijn is een beroepsspecifieke invulling van de transmurale richtlijn “Revalidatie na een Beroerte” (NHS, 2001).

In de richtlijn wordt stilgestaan bij de (evidentie) van de effectiviteit van algemene behandelprincipes. Daarnaast wordt ingegaan op specifieke therapeutische (beweeg)doelstellingen voor zowel de immobilisatie als de mobilisatiefase.

Meerdere malen per dag oefenen blijkt in acute, subacute en postacute fase aanbevolen vanwege het positieve effect op de snelheid van herstel. Geen van de specifieke neurologische oefenmethoden/ behandelconcepten blijkt een meerwaarde te hebben ten opzichte van andere neurologische behandelmethoden. In de richtlijn wordt geadviseerd om functionele oefentherapie te geven die zich met name richt op het aanleren van de gewenste vaardigheden. Training is taak- en contextspecifiek. Het oefenen van specifieke vaardigheden en bij voorkeur binnen de eigen woonomgeving wordt in de richtlijn aanbevolen.

Beweegadviezen worden vooral gegeven met een therapeutisch doel.

De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn in de immobilisatiefase:

- onderhouden van mobiliteit, bewegingsuitslagen, door geleid actief bewegen en reactiveren van de patiënt;
- voorkomen van diepe veneuze trombose door de patiënt te mobiliseren (indien mogelijk) door onder begeleiding van de fysiotherapeut te staan en te lopen.

De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn in de mobilisatiefase:

- oefenen van loopvaardigheid;
- oefenen van evenwicht in zit;
- oefenen van opstaan en gaan zitten;
- oefenen van houdingscontrole (op force plates met visuele feed-back);
- trainen van spierkracht;
- trainen van uithoudingsvermogen.

Het trainen van kracht en uithoudingsvermogen is effectief in alle fasen na een CVA. Angst voor een toename van de spasticiteit als gevolg van de training lijkt ongegrond.

Training van het uithoudingsvermogen is te adviseren voor alle patiënten na een CVA.

Trainen van kracht moet in ieder geval sterk overwogen worden bij patiënten met verminderde spierkracht van het paretische been. Als trainingsapparaten worden voor het trainen van het uithoudingsvermogen genoemd: fietsergometer, roei-ergometer, loopband. Ook wordt geadviseerd om ADL oefenvormen te gebruiken zoals steps, traplopen, langere afstanden lopen op verschillende ondergronden. Het trainen van kracht kan in een fitnessruimte worden uitgevoerd, waarin de leg-press wordt aanbevolen. Tevens wordt functioneel trainen aanbevolen. Zowel bij de training van kracht als van uithoudingsvermogen wordt geadviseerd 2-3 keer per week gedurende tenminste 30 minuten te trainen. Er zijn aanwijzingen dat (in alle fasen van de revalidatie) vooral de combinatie van het trainen van kracht en uithoudingsvermogen met behulp van functionele trainingsvormen een positief effect heeft op uithoudingsvermogen en comfortabele loopsnelheid. Het toepassen van loopbandtraining met gewichtsondersteuning heeft een positief effect op het uithoudingsvermogen bij patiënten die nog niet loopvaardig zijn of die verzwakt zijn. Loopbandtraining heeft een positief effect op de loopvaardigheid en een aannemelijk positief effect op loopsnelheid. Loopbandtraining met externe auditieve ritmen wordt aanbevolen bij een hemiplegisch gangbeeld in verband met positieve effecten op schredenlengte en op de loopsnelheid. Bilaterale cyclische bewegingspatronen worden aanbevolen voor het trainen van een paretische arm in verband met positieve effecten op spierkracht, bewegingsuitslagen van de hand en de handvaardigheid. Preventieve

beweegadviezen worden niet concreet uitgewerkt binnen de KNGF richtlijn beroerte. De gegeven therapeutische beweegadviezen worden vrij gedetailleerd uitgewerkt. Het doel, de bewegingsactiviteiten en de evidentie van de behandelingen zijn nauwkeurig omschreven. Trainingsvariabelen duur en frequentie worden uitgewerkt bij het trainen van uithoudingsvermogen en kracht. Bij de beweegadviezen wordt goed beschreven bij welke complicaties welke therapeutische beweeginterventies effectief ingezet kunnen worden.

## 4.9 Ziekte van Parkinson

### 4.9.1 KNGF Praktijkrichtlijn Ziekte van Parkinson- concept

*Doelgroep:* de richtlijn is geschreven voor alle fysiotherapeuten die patiënten met de ziekte van Parkinson begeleiden (idiopatische vorm) (Keus et al, 2004). De richtlijn is geschreven voor de behandeling van patiënten die cognitief ontvankelijk zijn en waarbij geen andere gezondheidsproblemen (co-morbiditeit) op de voorgrond staan. Beweegadviezen worden gegeven met een therapeutisch en preventief doel. De belangrijkste doelstellingen van de beweegadviezen zijn:

- Bewegen als onderdeel van therapie om fysieke conditie te onderhouden en/of verbeteren en welbevinden te verhogen;
- Bewegen als onderdeel van therapie om veiligheid en zelfstandigheid in de uitvoering van handelingen te bevorderen (transfers, veranderingen van lichaamshouding, balans en lopen). De therapie is hierbij gericht op het voorkomen van een algehele flexiehouding, het voorkomen van een afname van spierkracht door het trainen van de spierkracht van specifieke spiergroepen;
- Bewegen ter preventie van inactiviteit en angst om te bewegen en/of vallen;
- Bewegen ter preventie van secundaire complicaties; bewegen wordt hierbij ingezet om de mobiliteit in stand te houden en tevens om de conditie en spierkracht te onderhouden. Daarnaast wordt bewegen preventief ingezet om vallen te voorkomen (trainen van lichaamshouding, kracht en coördinatie). Ook wordt bewegen ingezet ter preventie van osteoporose.

Als specifieke bewegingsactiviteiten worden ondermeer genoemd hometrainer, loopband, krachttraining. De te trainen spiergroepen, intensiteit en het aantal herhalingen worden beschreven. Voor de nazorg is het belangrijk dat de patiënt een actieve leefstijl ontwikkelt. Intensiteit, duur en frequentie van dagelijkse beweegactiviteiten zijn afgeleid van Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Het gebruik van trainingslogboek wordt aanbevolen om bewegingsactiviteiten te begeleiden.

Tabel 4.1 Overzicht van de aard van de beweegadviezen , therapeutisch of preventief.

| Aandoeningen | Diabetes Mellitus | Astma | COPD | Artrose | Reumatoïde Artritis | Chronische lage rugklachten | Coronaire Hartziekten | CVA                | Ziekte van Parkinson |
|--------------|-------------------|-------|------|---------|---------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Instanties   |                   |       |      |         |                     |                             |                       |                    |                      |
| NHG          | P                 | Th    | Th   | -       | Th/P                | Th/P                        | Th                    | Th/ P (zie CBO)    | -                    |
| CBO          | Th/P              | -     | -    | -       | -                   | Th                          | Th                    | Th/ P              | -                    |
| KNGF         | -                 | -     | Th   | Th      | -                   | Th                          | Th/P                  | Th                 | Th/ P                |
| NVOM         | -                 | -     | -    | -       | -                   | a                           | -                     | -                  | A                    |
| VBC          | -                 | -     |      | Th      | -                   | -                           | -                     | -                  | A                    |
| NHS          | -                 | nvt   | nvt  | nvt     | nvt                 | nvt                         | Th/P                  | Th/P               | nvt                  |
| NVALT        | nvt               | Th    | Th   | nvt     | nvt                 | nvt                         | nvt                   | nvt                | nvt                  |
| NOV          | nvt               | nvt   | nvt  | nvt     | -                   | Th (zie CBO)                | nvt                   | nvt                | nvt                  |
| NebasNsg     | -                 | -     | -    | -       | -                   | -                           | -                     | -                  | -                    |
| NDF          | Th/ P             | nvt   | nvt  | nvt     | nvt                 | nvt                         | nvt                   | nvt                | nvt                  |
| NVAB         | -                 | Th    | Th   | -       | -                   | Th                          | -                     | -                  | -                    |
| NVE          | -                 | -     | -    | -       | -                   | Th (zie CBO)                | -                     | Th/ P (zie CBO)    | -                    |
| LEVV         | Th/P (Zie NDF)    | -     | -    | -       | -                   | -                           | Th (Zie CBO)          | Th/P (Zie NHS/CBO) | -                    |

Th Therapeutisch/ Curatief

P Preventief / Gezondheidsbevorderend

a in ontwikkeling

nvt richtlijn voor betreffende aandoening is geen onderdeel van expertise van instantie

- richtlijn niet aanwezig

(leeg vakje) geen informatie ontvangen

## 5 Aanzet tot een concept beoordelingslijst van de beweegadviezen

In het voorliggende rapport zijn de resultaten van de inventarisatie van beweegadviezen binnen (para)medische richtlijnen opgenomen. De kwalitatieve beoordeling van de beweegadviezen valt buiten het kader van de opdracht die door het NISB aan TNO is verstrekt.

Om tot een kwalitatieve beoordeling van deze beweegadviezen te kunnen komen moet men beschikken over een beoordelingslijst. Volgens afspraak met de opdrachtgever, het NISB, is in dit rapport een eerste aanzet tot een concept beoordelingslijst van de beweegadviezen opgenomen. Deze is door consensus onder experts tot stand gekomen.

Factoren waarop men de beweegadviezen zou kunnen beoordelen zijn:

- de exacte doelgroep;
- de specifieke aandoening;
- het soort activiteiten;
- het doel, therapeutisch of preventief;
- persoonlijke beweegdoelen;
- persoonlijke beweegvoorkeuren;
- fase van gedragsverandering;
- zelfeffectiviteit;
- intensiteit;
- frequentie;
- duur;
- indicaties voor bewegen en contra-indicaties;
- te verwachten (trainings)effecten;
- de vereiste (verwijs)gegevens;
- de vereiste begeleiding (de vereiste deskundigheid en omvang van de begeleiding);
- gebruik van specifieke intake;
- evaluatie, is het doel bereikt (tussen-evaluatie en eindevaluatie);
- (controle op) compliance;
- de vereiste faciliteiten (ruimte, inrichting, apparatuur);
- de vereiste veiligheidsvoorzieningen;
- de actualiteit van de geraadpleegde onderzoeken;
- de methode die gebruikt is bij de totstandkoming van de beweegadviezen en de richtlijnen (bijv. CBO-methodiek, Agree);
- de wetenschappelijke evidentie, is er binnen de richtlijnen aandacht besteedt aan de mate van evidentie en de sterkte van deze evidentie;
- de implementatie van de richtlijnen.

Daarnaast zou het goed zijn om een beschrijving te maken van de consistentie in de beweegadviezen binnen de verschillende richtlijnen; in hoeverre sluiten de beweegadviezen op elkaar aan?

Binnen het voorliggende rapport is een kwalitatieve beoordeling van de beweegadviezen binnen de (para)medische richtlijnen niet uitgevoerd. Indien gewenst kan TNO deze beoordeling voor het NISB uitvoeren.



## 6 Conclusie

Bewegen heeft bewezen positieve effecten op de gezondheid en het voorkomen van verschillende aandoeningen. Mensen met chronische aandoeningen zijn minder lichamelijk actief dan mensen in de algemene bevolking. Bewegingsstimulering van verschillende groepen chronisch zieken verdient daardoor meer aandacht (Chorus en Hopman-Rock, 2003).

In het voorliggende rapport is bekeken in hoeverre door (para)medici binnen de geprotocolleerde zorg, zoals deze beschreven is in de (para)medische richtlijnen, specifieke aandacht aan beweegadviezen wordt besteedt.

Geïnterviewd is hoe uitgebreid de bewegingsadviezen zijn en of de beweegadviezen met een therapeutisch en/of preventief doel worden gegeven.

De beweegadviezen binnen de (para)medische richtlijnen zouden in principe een bijdrage moeten kunnen leveren aan het realiseren van de doelstellingen van de overheid op gebied van bewegingsstimulering.

Gezien de resultaten van de voorliggende inventarisatie zal het echter in de praktijk voor de zorgverleners lastig zijn om op basis van de geraadpleegde (para)medische richtlijnen te komen tot concrete beweegadviezen voor mensen met één van de geselecteerde chronische aandoeningen.

Slechts in een beperkt aantal richtlijnen worden gedetailleerde en concrete beweegadviezen gegeven.

De meeste beweegadviezen binnen (para)medische richtlijnen hebben een therapeutisch doel. Dit sluit aan bij het primaire doel van de richtlijnen. Preventieve beweegadviezen zijn binnen de (para)medische richtlijnen relatief onderbelicht.

Uit eerder onderzoek (quick scan) is gebleken dat de arts/medisch professional een belangrijke invloed kan hebben op het beweeggedrag van chronisch zieken. De invloed van de arts/medisch professional is een belangrijke determinant van het beweeggedrag (Chorus en Hopman-Rock, 2003). Gerichte beweegadviezen binnen de (para)medische richtlijnen kunnen daarom bijdragen aan bewegingsstimulering. Het zou tevens een goede aanvulling op deze adviezen zijn als er apart aandacht wordt besteed aan de ketenzorg.

Samenvattend kunnen we stellen dat de binnen de huidige (para)medische richtlijnen gegeven beweegadviezen waarschijnlijk een onvoldoende basis vormen om tot de ontwikkeling van een actieve leefstijl te komen voor mensen met een chronische aandoening. Om tot een gerichte bewegingsstimulering te komen en de beleidsvoornemens van VWS te kunnen realiseren zou aandacht besteedt moeten worden aan informatieverstrekking aan:

- (para)medici, vooral gericht op het verschaffen van concrete bewegingsadviezen, preventieve beweegactiviteiten voor mensen met een chronische aandoening;
- mensen met een chronische aandoening o.a. via een publiekscampagne en via de zorgverleners.

Daarnaast zou het goed zijn om aandacht te besteden aan de ketenzorg. Het versterken van de afstemming van de activiteiten van de verschillende zorgverleners en aanbieders van (aangepast) sporten. Deze inventarisatie heeft duidelijk gemaakt dat beweegadviezen binnen de standaarden voor huisartsen op dit moment nog geen prominente rol vervullen. Mogelijk dat de huisartsen als poortwachter in de zorg in de toekomst een belangrijke (signalerende) rol kunnen gaan spelen bij de

bewegingsstimulering. Nadere invulling hiervan kan in overleg met de NHG plaatsvinden.

De inventarisatie in het voorliggende rapport laat zien welke groepen chronisch zieken (binnen de geselecteerde aandoeningen) waarschijnlijk vanuit de zorg weinig beweegadviezen krijgen.

Binnen de publiekscampagne FLASH kan extra aandacht gegeven worden aan mensen met een chronische aandoening die aan de volgende criteria voldoen:

1. tot belangrijkste risicogroepen voor bewegingsarmoede behoren (zie quickscan gegevens tabellen 1.1 en 1.2);
2. een aandoening hebben waarvoor er bewezen positieve effecten zijn van bewegen op de gezondheid (zie tabel 1.3);
3. een aandoening hebben waarvoor binnen de geprotocolleerde zorg weinig aandacht wordt besteedt aan beweegadviezen.

Op grond van deze criteria zou binnen de Flashcampagne extra aandacht gegeven kunnen worden aan de bewegingsstimulering bij:

- patiënten met diabetes mellitus type II in het algemeen (en met name vrouwen boven de 65 jaar);
- patiënten met astma/COPD (in alle leeftijdscategorieën);
- patiënten met coronaire hartziekten;
- patiënten na een CVA;
- patiënten met artrose.

Afstemming van de informatieverstopping in de FLASH publiekscampagne zou afgestemd kunnen worden met (para)medische zorgverleners; bijv. via de beroepsorganisaties. Zorgverleners kunnen zich dan voorbereiden op vragen van de mensen met een chronische aandoening. TNO-PG Bewegen en Gezondheid zou gewenste informatie voor zorgverleners kunnen aanbieden vanwege de beschikbare kennis op het gebied van beweegprogramma's voor mensen met een chronische aandoening en vanwege de betrokkenheid bij een aantal van de ontwikkelde richtlijnen.



## 7 Literatuur

A-TJAK M. Handelen van, Bedrijfsartsen bij werknemers met astma & COPD, geautoriseerde richtlijn, Richtlijnen voor bedrijfsartsen, NVAB, 2003.

BALLEGOOIE E VAN, EVERDINGEN JJE, Diabetische Retinopathie, Diabetische Nefropathie, Diabetische Voet, Hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus, Richtlijnen NDF, CBO, Banda, Heerenveen, 1998.

BALLEGOOIE E VAN (red), Richtlijnen en adviezen voor goede diabeteszorg, Nederlandse Diabetes Federatie, Leusden, 2000.

BEEK JC VAN Handelen van, Bedrijfsartsen bij werknemers met lage rugklachten, Geautoriseerde richtlijn, Richtlijnen voor bedrijfsartsen, NVAB, 2003.

BEKKERING GE, CHADWICK-STRAVER.VM, GOSSELINK R, HENDRIKS HJM, JONGMANS M, PATERSON WJ, SCHANS CP VAN DER, VERHOEF-DE WIJK MCE, DECRAMER M, KNGF richtlijn COPD, Amersfoort, KNGF, 1998.

BEKKERING GE, HENDRIKS HJM., KOES BW, OOSTENDORP RAB, OSTELO RWJG, THOMASSEN J, TULDER MW VAN, KNGF richtlijn Lage rugpijn, Amersfoort, KNGF, 2001.

CHORUS AMJ, HOPMAN-ROCK M, Chronisch ziekten en bewegen: een quick scan. TNO rapport PG/B&G 2003.131, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden 2003.

DIRKSEN WJ, GEIJER RMM, HAAN M DE, KONING G DE, FLIKWEERT S, KOLNAAR BGM, NHG-Standaard Astma bij kinderen, Utrecht, NHG, 2003.

DIRKSEN WJ, GEIJER RMM, HAAN M DE, KONING G DE, FLIKWEERT S, KOLNAAR BGM, NHG Standaard COPD, Utrecht, NHG, 2003

FAAS A, CHAVANNES AW, KOES BW, HOOGEN JMM VAN DEN, MENS JMA, SMEELE LJM, ROMEIJNDERS ACM EN LAAN JR VAN DER, NHG standaard Lage rugpijn, Utrecht, NHG, 2001

FOLMER H, SMEENK FWJM, GEIJER RMM, HENSBERGEN W VAN, MOLEMA J, SMEELE IJM, WEEL C VAN, WESSELING GJ, WESTERMAN WF, FLIKWEERT S. Landelijke Transmurale afspraak Astma bij volwassenen, 's-Hertogenbosch, NVALT, 2001.

FOLMER H, SMEENK FWJM, GEIJER RMM, HENSBERGEN W VAN, MOLEMA J, SMEELE IJM, WEEL C VAN, WESSELING GJ, WESTERMAN WF. Landelijke Transmurale afspraak COPD, 's-Hertogenbosch, NVALT, 2001.

GEIJER RMM HENSBERGEN W VAN, BOTTEMA BJAM, SCHAYCK CP VAN, SACHS APE, SMEELE IJM, THIADENS HA, WEEL C VAN, ROSMALEN CFH, NHG Standaard Astma bij volwassenen, Utrecht, NHG, 2003.

GROL R, WEIJDEN, T VAN DER, Richtlijn Beroerte, CBO, van Zuiden, Alphen aan den Rijn, 2000.

HENDRIKS HJM, ETTEKHOVEN H VAN, REITSMA ER, VERHOEVEN ALJ, WEES PHJ VAN DER, KNGF-richtlijnen: Methode, Amersfoort, KNGF, 1998.

HASPER HC red., Richtlijn Cesar & artrose heup en knie, VBC richtlijn, VBC, Utrecht, 2003.

HEUGTEN CM VAN, FRANKE EAM, Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 2001.

KEUS SHJ, BLOEM BR, MINNEKE M, GOEDE CJT DE, HAAREN M VAN, HENDRIKS HJM, KAMSMA YPT, WESTRA J, Concept Praktijkrichtlijn Ziekte van Parkinson, KNGF, Amersfoort, 2004.

KOES BW, SANDERS RJ, TUUT, MK, Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten, CBO, van Zuiden, Alphen aan den Rijn, 2003.

KWAKKEL G, PEPPEN RPS, HENDRIKS HJM,, WEES PH.J. VAN DER, VERHOEVEN ALV, HELDOORN M, KLAVEREN R VAN, DEKKER J, Concept Richtlijn Beroerte, KNGF, Amersfoort, 2004.

LAGRO HAHM, VAN DEN BOSCH WJHM, BOHNEN AM, VAN DEN BOOGAARD H, FLIKWEERT S, WIERSMA TJ, NHG Standaard Reumatoïde arthritis, Huisarts Wet 2002;45(10):534-43.

MOSTERD WL, ROSIER PFWM, Multidisciplinaire richtlijn chronisch hartfalen, NVvC/NHS/CBO, van Zuiden, Alphen aan den Rijn, 2002.

Nota Sport, Bewegen en Gezondheid, Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging, nota VWS, Den Haag, 2001.

Revalidatiecommissie NVvC/ NHS, Richtlijn Hartrevalidatie, Den Haag, 2004.

RUTTEN GEHM, VERHOEVEN S, HEINE RJ, GRAUW WJC DE, CROMME PVM,, REENDERS K, BALLEGOOIE E VAN, WIERSMA TJ, NHG Standaard Diabetes mellitus type II, Utrecht,NHG, 2003.

VOGELS EMHM, HENDRIKS HJM, BAAR ME VAN, DEKKER J, HOPMAN-ROCK M, OOSTENDORP RAB, HULLEGIE WAMM, BLOO H, HILBERDINK WKHA, MUNNEKE M, VERHOEF J, KNGF richtlijn Artrose heup-kie, KNGF, Amersfoort, 2001.

VOGELS EMHM, BERTRAM RJJ, GRAUS JJJ, HENDRIKS HJM, HULST R VAN, HULZEBOS HJ, KOERS H, JONGERT MWA, NUSMAN F, PETERS RHJ, SMIT B VOORT VAN DER S, KNGF richtlijn hart-revalidatie, KNGF, Amersfoort, 2001.

WALMA EP, BAKX HCA, BESSELINK RAM, HAMSTRA PWJ, HENDRICK JMA, KOOTTE JHA, VEELLEN AWC VAN, VINK R, GEIJER RMM, NHG Standaard Hartfalen, Utrecht, NHG, 2001.

<http://www.levv.nl>