

ZORGMODULE BEWEGEN

Deze zorgmodule behoort tot het generieke deel van de zorg die beschreven staat in de zorgstandaarden voor patiënten met (een hoog risico op) een chronische aandoening

Amersfoort, november 2015

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	5
BEWEGEN EN CHRONISCHE AANDOENINGEN	5
DOEL ZORGMODULE BEWEGEN	8
DOELGROEP ZORGMODULE BEWEGEN	9
UITGANGSPUNTEN ZORGMODULE BEWEGEN	9
PATIËNTPERSPECTIEF OP BEWEGEN EN BEWEEGZORG	10
2. ZORGPROFIELEN	13
BEWEGEN EN ZORG	13
INDICATIESTELLING	14
ZORGPROFIELEN	17
CASUÏSTIEK	22
3. ORGANISATIE VAN DE BEWEEGZORG	25
SAMENWERKING PROFESSIONALS	25
COMPETENTIES BETROKKEN PROFESSIONALS	26
INFORMATIEOVERDRACHT	27
FINANCIERING	28
KWALITEITSBELEID	29
4. KWALITEITSINDICATOREN	30
5. BIJLAGEN	31
BIJLAGE 1 GERAADPLEEGDE LITERATUUR	31
BIJLAGE 2 BEWEEGNORMEN	35
BIJLAGE 3 BEGRIPPENLIJST	36
BIJLAGE 4 KERNGROEP EN KLANKBORDGROEP	38
BIJLAGE 5 WEBSITES	39
BIJLAGE 6 PUBLIEKSSAMENVATTING VOOR PATIËNTEN	41

Met trots presenteren wij u hierbij de Zorgmodule Bewegen. Een Zorgmodule waarin de generieke beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening wordt beschreven. Bewegen is een medicijn bij veel chronische aandoeningen. Toch is bewegen voor veel mensen niet vanzelfsprekend. Professionals zijn nodig om - medische - belemmeringen bij mensen weg te nemen, hen te adviseren, te coachen en te begeleiden naar gezond zelfstandig bewegen. Daar heeft iedereen baat bij.

Deze Zorgmodule Bewegen begint met een inleidend hoofdstuk waarin het belang van bewegen voor verschillende chronische aandoeningen wordt uitgelegd. Ook leest u hierin welke ervaringen en wensen patiënten hebben ten aanzien van beweegzorg. In Hoofdstuk 2 staat vervolgens een overzicht van de mogelijke beweegzorg weergegeven. In dit hoofdstuk staan vijf zorgprofielen weergegeven die zich onderscheiden in intensiteit van de beweegzorg. Per zorgprofiel zijn de patiëntkenmerken, de in- en exclusiecriteria, de doelen en de kenmerken van de interventies vermeld. Hoofdstuk 3 gaat vervolgens over de organisatie en randvoorwaarden die nodig zijn om goede beweegzorg te leveren. Een van de grote uitdagingen ligt op het vlak van een goede afstemming en samenwerking tussen de beweegzorgprofessionals en de beweegprofessionals. Ook het creëren van de optimale randvoorwaarden voor financiering vergt nog de nodige aandacht van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid.

Deze Zorgmodule Bewegen is ontwikkeld door een kerngroep en een klankbordgroep. De kerngroep bestond uit vertegenwoordigers van het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie), het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en de Patiëntenfederatie NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), waarbij ZN (Zorgverzekeraars Nederland) betrokken is geweest bij die onderdelen van de Zorgmodule Bewegen waar het de implementatie van de Zorgmodule betrof. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van ruim dertig andere relevante partijen. De kerngroep heeft vanuit het perspectief van professionals, patiënten en verzekeraars conceptteksten opgesteld. Hierbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt en voortgebouwd op bestaand materiaal. De betrokken organisaties in de klankbordgroep hebben meermalen commentaar op concepten van de module geleverd. Dit commentaar is verwerkt. Het resultaat ligt nu voor: een breed gedragen Zorgmodule Bewegen, waarin beschreven is wat kwalitatief goede beweegzorg is.

De Zorgmodule Bewegen is enkel digitaal beschikbaar. U bent van harte uitgenodigd om de Zorgmodule Bewegen te verveelvoudigen ter bevordering van de kwaliteit van de beweegzorg als onderdeel van de behandeling van patiënten met (een hoog risico op) een chronische aandoening. Zowel het verspreiden van, als citeren uit de Zorgmodule Bewegen, dient altijd te geschieden onder vermelding van de volgende bron: Zorgmodule Bewegen, Amersfoort 2015.

Namens KNGF, NHG, NPCF en ZN,

dr. ir. Helene Voogdt

Voorzitter kerngroep Zorgmodule Bewegen

Voldoende bewegen en een goede lichamelijke fitheid dragen bij aan een goede gezondheid, iemands kwaliteit van leven en bevorderen de participatie van mensen. Bijna een derde van de volwassen Nederlanders beweegt echter onvoldoende (minder dan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen). Voor volwassenen met (een hoog risico op) een chronische aandoening is dit percentage ongeveer de helft. Voldoende bewegen is voor deze laatste groep extra belangrijk, omdat bewegen en een goede lichamelijke fitheid het risico op het ontstaan van diverse chronische aandoeningen en/of verergering van een aandoening voorkomt. Voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening is het daarom essentieel dat er binnen de gezondheidszorg specifiek aandacht voor bewegen is. Deze Zorgmodule Bewegen beschrijft, in het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, de generieke beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening. De inhoud van deze Zorgmodule is gebaseerd op professionele richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en kwaliteitsnormen, vanuit professioneel- en patiëntperspectief.

Het uitgangspunt van de Zorgmodule Bewegen is dat mensen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor voldoende beweging en een goede lichamelijke fitheid. Mensen bewegen vooral in de eigen woon-/leefomgeving bijvoorbeeld in de natuur of bij sportverenigingen. Overheden bieden burgers ook voorzieningen om te kunnen bewegen en sporten. Daarnaast is het noodzakelijk dat zorgverleners mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening adviseren over een gezonde leefstijl, hen coachen tot voldoende bewegen en hun beweeggedrag monitoren. Vanwege medische belemmeringen kan deze vorm van beweegzorg voor sommige mensen nog onvoldoende zijn. De beweegzorg waarop de patiënt dan aangewezen is, kan variëren van een gespecialiseerd beweegadvies en/of begeleiding bij bewegen door een beweegzorgprofessional. De begeleiding bij bewegen zal veelal in groepsverband plaatsvinden en bestaat uit het volgen van afgebakende beweegprogramma's. In sommige gevallen kan individuele begeleiding met een behandeling nodig zijn.

In deze Zorgmodule Bewegen zijn deze vormen van beweegzorg ondergebracht in vijf zorgprofielen, volgens het stepped care-principe. Zorgprofiel 1 is het lichtste profiel en bestaat uit zelfstandig bewegen in de eigen omgeving. Zorgprofiel 5 is het zwaarste profiel en bestaat uit individuele begeleiding bij bewegen.

Diverse zorgprofessionals leveren beweegzorg. In het publieke domein (o.a. binnen welzijn en sport) wordt ook ondersteuning verleend bij bewegen. Samenwerking en afstemming binnen de zorg en tussen het publieke domein en het zorgdomein, is een noodzakelijke voorwaarde voor goede beweegzorg. Het uitgangspunt in deze Zorgmodule is dat beweegzorg door de meest geëigende professional geboden wordt, opdat het zelfstandig bewegen zoveel als mogelijk geoptimaliseerd wordt.

De financiering van de beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening verdient nog nadere aandacht van betrokken partijen. Om te kunnen bepalen welke onderdelen van de beweegzorg toegerekend kunnen worden tot het domein van de Zorgverzekeringswet en welke niet, is - op onderdelen - nog een ziektespecifieke uitwerking nodig. Deze uitwerking wordt door een aantal partijen na het opleveren van de generieke module ter hand genomen.

1. INLEIDING

BEWEGEN EN CHRONISCHE AANDOENINGEN

In Nederland heeft ongeveer een kwart van de bevolking een chronische aandoening (Chorus, 2010; Hoeymans et al., 2008). Chronische aandoeningen zijn onomkeerbare aandoeningen met een relatief lange duur zonder uitzicht op - volledig - herstel (Chorus, 2010). Chronische aandoeningen kunnen levensbedreigend zijn, zoals kanker en beroerte, periodiek terugkerend, zoals astma, progressief verslechterend, zoals reumatoïde artritis en hartfalen, of psychisch van aard zijn (Bos van den et al., 2000). De oorzaak van chronische aandoeningen is vaak complex. Meerdere risicofactoren kunnen leiden tot een chronische aandoening. Voorbeelden van risicofactoren zijn roken, overgewicht, onvoldoende bewegen.

Ruim de helft van de Nederlandse patiënten met een chronische aandoening beweegt minder dan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie Box 1). Dit geldt vooral voor patiënten met hart- en vaatziekten, COPD, astma en diabetes mellitus (Chorus, 2010). Daarnaast is er ook vaak sprake van veel sedentair gedrag (een liggende of zittende houding). Zowel onvoldoende lichamelijke activiteit als sedentair gedrag vormen een risico voor de gezondheid (Proper et al., 2011).

Box 1. Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor volwassenen (Kemper et. al, 2000)¹

De NNGB geeft de duur, de frequentie en de intensiteit van bewegen aan die nodig is om de gezondheid te onderhouden. De intensiteit wordt uitgedrukt in het metabool equivalent (MET), een meeteenheid binnen de fysiologie voor de hoeveelheid energie die een bepaalde fysieke inspanning kost ten opzichte van de hoeveelheid benodigde energie in rust. Eén MET komt overeen met de ruststofwisseling, de hoeveelheid energie die verbruikt wordt tijdens stilzitten. Bij sedentair gedrag gaat het om lichamelijke activiteiten die gekenmerkt worden door een laag energieverbruik ($\leq 1,5$ MET) in combinatie met een zittende of liggende houding (maar niet slapend) (Sedentary Behaviour Research Network, 2012; Hendriksen et al., 2013).

NB De NNGB is niet gevalideerd voor mensen met een chronische aandoening

NNGB voor volwassenen van 18 tot 55 jaar

Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 4 METs) op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn wandelen met 5-6 km/uur (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/uur.

NNGB voor volwassenen ouder dan 55 jaar

Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 3 METs) op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week; voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging zinvol, ongeacht duur, intensiteit, frequentie of type. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn wandelen met 3-4 km/uur en fietsen met 10 km/uur.

¹ Andere beweegnormen die veel gebruikt worden, staan vermeld in Bijlage 2 Beweegnormen.

Bij chronische aandoeningen is er veelal sprake van een afgenomen lichamelijke capaciteit en functioneren. Fysieke, vitale, cognitieve en/of psychologische beperkingen, als gevolg van de chronische aandoening, kunnen een belemmerende invloed hebben op het beweeggedrag (Darawad & Khalil, 2013; Henchoz, Zufferey & So, 2013). Chronische aandoeningen hebben vaak ook een negatieve invloed op het dagelijks functioneren en kunnen een belemmering vormen voor het uitvoeren van de dagelijkse taken (Tinetti et al., 2011, Van Campen, 2006). Voor patiënten met een chronische aandoening is het van belang voldoende te bewegen om bijkomende complicaties te voorkomen, verergering van de aandoening te verminderen en ook het risico op het ontstaan van meerdere chronische aandoeningen te verminderen (Lee et al., 2012; Warburton et al., 2006; Haskell et al., 2007; Pederson & Saltin, 2006; Turesson et al., 2008; Metsios et al., 2008).

Ook het risico op het krijgen van chronische aandoeningen, zoals diabetes, cardiovasculaire ziekten en borstkanker wordt verminderd door beweging (Sigal et al., 2004; Bassuk & Manson, 2005; Hu et al., 2001; Berlin & Colditz, 1990; Wannamethee et al., 2005; Sesso et al., 2000; Lee et al., 2012; Haskell et al., 2007; Warburton, Nicol & Bredin, 2006).

Voldoende lichaamsbeweging, lichamelijke fitheid en gezonde voeding hebben een positief effect op de metabole factoren die samenhangen met het risico op het ontstaan van chronische aandoeningen zoals lichaamssamenstelling (o.a. BMI, vetpercentage), bloeddruk, cholesterolgehalte en bloedsuikergehalte (Boshuizen, 2013; American College of Sports Medicine, 2013). Gezond bewegen heeft ook een positieve invloed op de lichamelijke fitheid (zoals spierkracht, coördinatievermogen en uithoudingsvermogen) en draagt bij aan een verlaagde mortaliteit (ACSM, 2013; Lee et al., 2012). Daarnaast heeft lichaamsbeweging een positief effect op het psychosociale welbevinden, zoals bijvoorbeeld vermindering van depressieve gevoelens (Pederson & Saltin, 2006; Herring et al., 2012).

Voor mensen met onvoldoende lichaamsbeweging of lichamelijke fitheid is het belangrijk hun beweeggedrag aan te passen. Veel patiënten met een chronische aandoening zijn echter niet in staat de aanbevelingen met betrekking tot het bewegen op te volgen (Schuler, Adams & Goto, 2013). Het beweeggedrag van mensen wordt naast de individuele factoren (zoals demografische kenmerken als ouderdom, lichamelijke beperkingen en ervaren barrières) ook beïnvloed door sociaal-culturele factoren (zoals sociale steun en culturele normen) en omgevingsfactoren (zoals woonomgeving en beleid) (Davison & Birch, 2001). Naast de ernst van de chronische aandoening spelen opleidingsniveau, psychologische en omgevingsfactoren een grote rol (Altenburg et al., 2013). Om gezond beweeggedrag te bereiken, zal met al deze factoren rekening gehouden moeten worden. Het bereiken van een gedragsverandering bij bewegen kan gericht zijn op diverse fasen (Stages of change-model):

1. Precontemplatiefase: iemand is onvoldoende lichamenlijk actief en heeft niet de intentie om zijn beweeggedrag aan te passen;
2. Contemplatiefase: iemand heeft de intentie om binnen een half jaar zijn beweeggedrag te veranderen;
3. Preparatiefase: iemand treft voorbereidingen om binnen een maand meer te gaan bewegen;
4. Actiefase: iemand neemt concreet acties om het beweeggedrag te veranderen;

5. Behoudsfase: er is sprake van nieuw beweeggedrag dat over een periode van minstens zes maanden is onderhouden.

Het stimuleren van lichamelijke activiteit en het trainen van de lichamelijke fitheid (in kwalitatieve en kwantitatieve zin) zijn essentiële onderdelen van goede bewegezorg voor patiënten met chronische aandoeningen en voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening. In de bewegezorg kan het daarbij o.a. gaan om krachttraining, balanstraining, looptraining of training van het uithoudingsvermogen. Krachttraining is van belang bij verschillende patiëntgroepen, zoals diabetes mellitus type 2, coronaire hartziekten en chronisch obstructieve longziekten (KNGF-standaarden Beweginginterventie diabetes mellitus type 2, Beweginginterventie coronaire hartziekten, Beweginginterventie chronisch obstructieve longziekten). Balanstraining is van belang in het kader van fractuurpreventie bij patiënten met een verhoogd valrisico en/of osteoporose (NHG-standaard fractuurpreventie, KNGF-standaard Beweginginterventies osteoporose). Looptraining is, naast stoppen met roken, de belangrijkste interventie bij perifeer arterieel vaatlijden (NHG-standaard perifeer arterieel vaatlijden). Training van een laag cardiopulmonaal uithoudingsvermogen (VO₂max) is van belang om het risico op het krijgen van een cardiovasculair incident te verlagen (Duncan, 2006). Om zo lang mogelijk dagelijkse activiteiten uit te kunnen voeren en zoveel mogelijk zelfstandigheid te behouden, is het van belang zowel de dagelijkse lichamelijke activiteit als de lichamelijke fitheid van patiënten met een chronische aandoening te optimaliseren.

Bij mensen met een chronische aandoening komt vaak multimorbiditeit voor. Bij multimorbiditeit zijn er meerdere aandoeningen tegelijk aanwezig. Ongeveer een derde van de patiënten met een chronische aandoening heeft meer dan één chronische aandoening (Hoeymans et al., 2008). Wanneer meerdere aandoeningen gerelateerd zijn aan één (chronische) ziekte is er sprake van comorbiditeit. De aanwezigheid van comorbiditeit en multimorbiditeit is van invloed op de inhoud van de bewegezorg, op de mate van individuele begeleiding die gewenst is bij een patiënt. Multimorbiditeit geeft vaak extra beperkingen in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijkse leven (ADL) (Tinetti et al., 2011). De bewegezorgprofessional moet de begeleiding aanpassen in aard, duur, frequentie en/of intensiteit om de veiligheid van de patiënt te garanderen. Comorbiditeit kan een contra-indicatie zijn voor behandeling, daarom is het essentieel dat patiënten met complexe comorbiditeit worden behandeld in het bewegezorgdomein (van der Leeden, 2011).

De positieve effecten van bewegezorg zijn bij verschillende chronische aandoeningen aangetoond, zoals patiënten met multiple sclerose, artrose, chronische lage rugpijn, coronaire hartziekten, chronisch hartfalen en chronische longziekten (Taylor et al., 2007). Bij patiënten met hart- en vaatziekten bleek een één-jarige beweginginterventie onder supervisie van een fysiotherapeut en een voedingsinterventie effectief voor het verbeteren van de bloeddruk, lichaamssamenstelling en kwaliteit van leven (Eriksson, Westborg & Eliasson, 2006). Voor het bepalen van de juiste vorm en inhoud van goede bewegezorg wordt gekeken naar de mate van lichamelijke activiteit en fitheid; de aanwezigheid van beperkingen, comorbiditeit en multimorbiditeit; en de attitude én mogelijkheden van de patiënt om zelfstandig een actieve leefstijl in te nemen en te onderhouden.

In deze Zorgmodule Bewegen wordt vanuit patiëntperspectief beschreven waaraan kwalitatief goede beweegzorg voor volwassen mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening (in het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) moet voldoen. Hiermee wordt beoogd de beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening te verbeteren.

De Zorgmodule Bewegen beschrijft de generieke beweegzorg in het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening. De Zorgmodule is dus niet gericht op de curatieve beweegzorg. In de Zorgmodule is ter illustratie ook casuïstiek (voorbeelden met - naast generieke - ook ziektespecifieke componenten van beweegzorg) toegevoegd.

De Zorgmodule Bewegen beschrijft enerzijds de inhoud, organisatie en kwaliteit van de beweegzorg en anderzijds de rol van de patiënt. De inhoud van de Zorgmodule is gebaseerd op richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en kwaliteitsnormen, vanuit professioneel- en patiëntperspectief. Een belangrijk element in de Zorgmodule is het realiseren van samenwerkingsafspraken tussen betrokken professionals en waar nodig multidisciplinaire samenwerkingsafspraken. De patiënt² is partner in de beweegzorg. Dat betekent: gezamenlijke besluitvorming, ondersteuning bij zelfmanagement en beschikbaarheid en toegankelijkheid van zelfmanagementtools. Zorgverleners hebben hierbij zoveel mogelijk een coachende rol.

Deze Zorgmodule kan op zichzelf staan maar maakt ook onderdeel uit van ziektespecifieke zorgstandaarden. Zorgmodules beschrijven die onderdelen van zorg die voor meerdere chronische aandoeningen relevant zijn (bijvoorbeeld zelfmanagement). Een Zorgmodule kan bij de ene chronische aandoening toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase van het zorgcontinuüm, terwijl dit bij andere aandoeningen in meerdere fasen van toepassing kan zijn. Voor een deel van de chronische aandoeningen zijn ziektespecifieke zorgstandaarden ontwikkeld. Een overzicht van reeds ontwikkelde zorgstandaarden en informatiestandaarden staat vermeld op de website van Zorginstituut Nederland. In de ziektespecifieke zorgstandaarden wordt - indien noodzakelijk - een aanvulling op de benodigde beweegzorg gegeven. Deze is dan specifiek van toepassing bij de betreffende chronische aandoening. De focus van beweegzorg bij patiënten met COPD is bijvoorbeeld anders dan de focus van beweegzorg voor patiënten met diabetes.

De Zorgmodule Bewegen ondersteunt patiëntenorganisaties, beroepsorganisaties, zorgaanbieders, zorginstellingen, verzekeraars en organisaties die beleid, producten en diensten ontwikkelen met betrekking tot beweegaanbod en beweegzorg, ten behoeve van mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening.

² In deze Zorgmodule Bewegen wordt vanwege de leesbaarheid vanaf nu overal de term 'patiënt' gehanteerd, ook voor mensen zonder een chronische aandoening maar met een hoog risico op het krijgen van een chronische aandoening en patiënten met een psychische stoornis die veelal 'cliënt' genoemd worden.

DOELGROEP ZORGMODULE BEWEGEN

Deze Zorgmodule Bewegen heeft betrekking op mensen met een chronische aandoening of op mensen met een hoog risico op een chronische aandoening die (mogelijk) in aanmerking komen voor beweegzorg. Chronische aandoeningen zijn somatische aandoeningen zoals bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten, dementie, COPD, artrose en kanker maar ook psychische stoornissen zoals depressie. Voor de meeste van deze chronische aandoeningen zijn zorgstandaarden ontwikkeld.

UITGANGSPUNTEN ZORGMODULE BEWEGEN

Bij de ontwikkeling van deze Zorgmodule Bewegen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De Zorgmodule Bewegen is opgebouwd volgens het model voor zorgstandaarden, zoals beschreven in het rapport van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010).
- De Zorgmodule Bewegen is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, op aanbevelingen uit richtlijnen, normdocumenten, kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken.
- In de Zorgmodule Bewegen staan bronverwijzingen.
- Beweegactiviteiten bij mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening dienen bij voorkeur en waar mogelijk ingebed te zijn in de dagelijkse leefomgeving.
- In de beweegzorg staat het stimuleren van eigen regie en eigen verantwoordelijkheid voorop.
- In de Zorgmodule Bewegen wordt de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie beschreven; de curatieve beweegzorg valt buiten de zorgmodule. In 'de zorggerelateerde preventie' gaat het om het ondersteunen van het individu bij zelfredzaamheid, het reduceren van ziektelast en het voorkomen van verergering van klachten door beweeginterventies. Bij 'geïndiceerde preventie' gaat het om het voorkomen van het ontstaan van ziekte of van verdere gezondheidsschade door beweeginterventies. Naast de aanwezigheid van risicofactoren kan ook sprake zijn van reeds aanwezige (zichtbare of meetbare) symptomen van de aandoening, terwijl de diagnose nog niet is gesteld, bijvoorbeeld bij mensen met prediabetes of (cardio)metaboolsyndroom.
- De zorgprofielen in de Zorgmodule Bewegen zijn ingedeeld volgens het stepped care-principe; de begeleiding begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare variant, die past bij de diagnose en persoonlijke zorgbehoefte.

Of mensen met een chronische aandoening bewegen, hangt sterk samen met de mate waarin zij zich belemmerd voelen door hun aandoening. De helft van de mensen met een chronische aandoening geeft aan licht belemmerd te worden bij het sporten en bewegen. Een derde voelt zich sterk belemmerd door zijn aandoening (Sportersmonitor 2011, NISB). Van de mensen die zich sterk belemmerd voelen door hun chronische aandoening, wordt bijna 90 procent gestimuleerd om te gaan bewegen door een zorgprofessional (bijvoorbeeld een arts of fysiotherapeut). Bij mensen die zich niet belemmerd voelen, is dit veel minder vaak het geval: bij slechts één op de vijf speelt de arts of fysiotherapeut een stimulerende rol. De meeste mensen met een chronische aandoening sporten zonder begeleiding: alleen, met bekenden of via een sportvereniging. Mensen die ernstig belemmerd worden door hun chronische aandoening maken vaker gebruik van speciale hulp of begeleiding en sporten veel minder vaak zonder hulp. Hoe groter de mate van belemmering, hoe vaker mensen met een chronische aandoening begeleid sporten binnen de zorg.

Veel mensen met een chronische aandoening geven aan te begrijpen dat voor hen bewegen van groot belang is. De meeste mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening zijn het liefst bezig met beweegactiviteiten in de eigen omgeving en vooral ook in de buitenlucht. Zo geven patiënten met een (doorgemaakte) hart- en vaatziekte aan dat zij graag fietsen of wandelen in de buitenlucht (68%). 28 procent is actief in een fitnesscentrum en 10 procent is actief bij een sportvereniging. Er is veel variëteit in de wens om wel of niet met andere patiënten te bewegen, met of zonder professionele begeleiding (Hart&Vaatgroep, 2015). Het vinden van een verantwoord, passend en inspirerend beweeg- of sportaanbod blijkt vaak lastig te zijn voor patiënten. Voor patiënten is het van belang om samen met een (beweeg)zorgprofessional te bespreken welke mogelijkheden er in zijn/haar omgeving zijn om verantwoord te bewegen. Wat zijn de voor- en nadelen van de diverse mogelijkheden en welke mogelijkheid past het beste bij de patiënt.

Patiëntenorganisaties hebben in 2011 in het kader van het programma Kwaliteit in Zicht (KIZ) zes kwaliteitscriteria voor beweegzorg bij mensen met een chronische aandoening³ opgesteld.

Samengevat gaat het om de volgende criteria:

1. De beweegzorgprofessional is deskundig op het gebied van sport en bewegen in relatie tot de chronische aandoening. De beweegzorgprofessional kan specifieke hulp geven in geval van klachten die met de aandoening samenhangen. Het kan hier ook gaan om niet-fysiologische aspecten van de chronische aandoening;
2. Beweegzorg wordt 'op maat' gegeven. De beweegzorg sluit aan op wat de patiënt kan en wil. Dit wordt in een gezamenlijk gesprek vastgesteld. In een zorgplan wordt vermeld welke doelen vastgesteld zijn. Regelmatig wordt getoetst of doelen behaald zijn en/of bijgesteld moeten worden;
3. De beweegzorg moet 'eenvoudig toegankelijk en laagdrempelig' zijn. Goede randvoorwaarden van de beweegzorg zoals acceptabele reisafstand tot de locatie, acceptabele kosten, beperkte investering in benodigde materialen zijn van grote waarde;

³ Deze criteria zijn in 2011 ontwikkeld door Alliantie Chronisch Zieken, een samenwerkingsverband van het Astmafonds, De Hart&Vaatgroep, Diabetesvereniging Nederland en de Reumapatiëntenbond.

4. Er is sprake van goede lokale samenwerking tussen beweegzorgprofessionals, beweegprofessionals in het publieke domein en de patiënten(organisatie). Dit maakt het voor patiënten mogelijk om door te stromen naar andere vormen van beweegactiviteiten welke passend zijn voor de fase van de chronische aandoening. De beweegzorgprofessionals en de patiëntenorganisatie geven voorlichting over het reguliere beweegaanbod;
5. De beweegzorg vindt plaats in een begripvolle omgeving. Bij collectieve beweegactiviteiten, waaraan patiënten met een chronische aandoening deelnemen, moeten begripvolle begeleiders aanwezig zijn en begripvolle andere deelnemers (begrip voor patiënten met een chronische aandoening, hun mogelijkheden en hun dilemma's omtrent bewegen);
6. De omgeving waar de beweegzorg plaatsvindt, voldoet aan de normen voor veiligheid en hygiëne en is afgestemd op de mogelijkheden van patiënten met een chronische aandoening.

Zelfmanagementondersteuning, eigen regie en gedeelde besluitvorming

(Beweeg)zorgprofessionals zullen de patiënt met een chronische aandoening ondersteunen, coachen en stimuleren tot het voeren van eigen regie over hun beweeggedrag. De mogelijkheden van de patiënt om zelfstandig een actieve leefstijl aan te nemen worden bepaald door zijn attitude, eigen-effectiviteit, kennis en motivatie ten aanzien van bewegen. Eigen-effectiviteit, ook wel self-efficacy, is de mate waarin een patiënt zichzelf in staat acht om zijn doelen te behalen. De attitude of houding ten aanzien van bewegen, de sociale invloed om het beweeggedrag aan te passen en de eigen-effectiviteit om meer te gaan bewegen, beïnvloeden de intentie om het beweeggedrag te veranderen (de Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988). Ook de intrinsieke motivatie om te bewegen is belangrijk bij het uit eigen initiatief deelnemen aan beweegprogramma's voor patiënten met een aangeboren hartafwijking (Dontje et al., 2014). Gezondheidsvaardigheden zijn van invloed op beweeggedrag (Nutbeam, 2008; Twickler et al., 2009). Mensen met geringe gezondheidsvaardigheden (o.a. aandacht hebben voor gezondheid, in staat zijn om hierover informatie te verzamelen, begrijpen en toe te passen) voldoen minder goed aan de Nederlandse beweegrichtlijnen (Geboers et al., 2014).

Wanneer de patiënt onvoldoende zelfmanagementvaardigheden heeft, dan is het belangrijk dat de patiënt vanuit de zorg adequaat wordt ondersteund. De patiënt en zorgverleners, en ook zorgverleners onderling, dienen optimaal samen te werken om zelfmanagement te stimuleren. Deze interactie tussen patiënt en betrokken (beweeg)zorgverleners en de betrokkenheid en inzet van de patiënt bij zijn/haar eigen zorgproces staat centraal in zorgstandaarden en zorgmodules, zie hiervoor de Zorgmodule "Het ondersteunen van zelfmanagement" (CBO, 2012). Een manier om de eigen regie van patiënten te versterken en de autonomie en het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen krijgt vorm in een goed proces van gezamenlijke besluitvorming. In dat proces wordt de patiënt optimaal geïnformeerd over de mogelijke opties van (beweeg)interventies, de voor- en nadelen van de opties en de kans dat deze voor- en nadelen optreden. Verder gaat de (beweeg)zorgprofessional na wat de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt zijn om uiteindelijk gezamenlijk tot een beslissing over de beweegzorg te komen. De meerwaarde van gedeelde besluitvorming leidt ertoe dat de patiënt onder andere meer betrokken is, beter geïnformeerd is en mogelijk (in eigen omgeving) meer therapietrouw vertoont (Kortleve, 2015).

Het individueel zorgplan

Zorgstandaarden en zorgmodules beschrijven de zorg op hoofdlijnen en laten daarbij open hoe de zorg er voor een individuele patiënt uit ziet. Het vormgeven van de individuele beweegzorg, gebaseerd op de persoonlijke zorgbehoefte en wensen van de patiënt wordt vastgelegd in het gesprek tussen de patiënt en de (beweeg)zorgprofessional. De afspraken hierover worden in het individueel zorgplan genoteerd. De zorgprofessional die over de competenties beschikt om zorg volgens het gekozen zorgprofiel te leveren, stelt samen met de patiënt het individueel zorgplan op (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2012). Het individueel zorgplan wordt gedurende het behandeltraject geregeld, geëvalueerd en bijgesteld. De patiënt beschikt zelf over het individueel zorgplan.

2. ZORGPROFIELEN

BEWEGEN EN ZORG

Iedereen heeft een 'eigen verantwoordelijkheid' om (gezond) bewegen in te passen in zijn leven. Het merendeel van alle mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening is hiertoe ook zelf in staat. Veel mensen bewegen in hun eigen omgeving en maken gebruik van bestaand sport- en beweegaanbod. Het is belangrijk dat mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening zo veel mogelijk - buiten de zorg - zelfstandig bewegen.

Het bevorderen van een actieve leefstijl en het verhogen van de mate van fitheid (het realiseren van (gezond) beweeggedrag) is ook een essentieel onderdeel van de zorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening. Beweegzorg voor mensen met een hoog risico op het ontstaan van een chronische aandoening, heeft als doel de risico's op het ontstaan van de chronische aandoening te verminderen (geïndiceerde preventie). Beweegzorg voor patiënten met een chronische aandoening heeft als doel een zo gunstig mogelijk beloop van de chronische aandoening(en) te bevorderen (zorggerelateerde preventie). Deze zorg richt zich dus niet primair op genezing.

De inhoud en intensiteit van de benodigde beweegzorg is niet voor iedereen gelijk. Beweegzorg kan variëren van het benoemen van het belang van bewegen tot en met individuele begeleiding in een multidisciplinaire setting. Als de reden voor het onvoldoende (gezond) bewegen voornamelijk een gedragsmatige component heeft, kan een zorgprofessional (veelal de huisarts en/of een verpleegkundige) door advisering, coaching en monitoring aanzetten tot (gezond) bewegen. Zodra het onvoldoende (gezond) bewegen een medische component heeft (hetzij door een beperking van het houdings- en bewegingsapparaat en/of een andere beperking die zijn belastbaarheid beperkt), kunnen andere vormen van beweegzorg geïndiceerd zijn. Deze zorg (fysiotherapie, oefen therapie en/of een vorm van medisch specialistische zorg) kan variëren van een (eenmalig) gespecialiseerd beweegadvies tot individuele begeleiding/ behandeling.

Bij het bepalen of en welke beweegzorg geïndiceerd is, zijn de volgende items bepalend:

- de diagnose van een (hoog risico op een) chronische aandoening;
- patiënt voldoet niet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen;
- de motivatie van de patiënt;
- de (on)mogelijkheden om zelfstandig een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen (voldoende zelfmanagement- en gezondheidsvaardigheden);
- de aan-/afwezigheid van medische belemmeringen om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden (vitaal, fysiek, cognitief);
- de aan-/afwezigheid van comorbiditeit of multimorbiditeit;
- de behoeften van de patiënt.

Huisartsen (praktijkondersteuners), fysiotherapeuten, oefentherapeuten⁴ en/of medisch specialisten (bijvoorbeeld revalidatieartsen, orthopeden, cardiologen, longartsen, sportartsen, bedrijfsartsen), kunnen samen met een patiënt nagaan of bewegezorg geïndiceerd is.

Binnen de bewegezorg worden vijf zorgprofielen onderscheiden. Zorgprofiel 1 is het lichtste profiel en zorgprofiel 5 het zwaarste (stepped care). Binnen zorgprofiel 1 gaat de patiënt zelf - buiten de zorg - gezond bewegen. Binnen zorgprofiel 2 vindt bewegezorg plaats zoals veelal huisartsen en verpleegkundigen deze in het kader van leefstijladvisering geven. Vanaf zorgprofiel 3 is begeleiding door een bewegezorgprofessional nodig (fysio- of oefentherapeut, sportarts, revalidatiearts). De bewegezorgprofessionals bepalen dan welke beweginginterventies voor iemand het meest passend zijn (deze kunnen deels buiten de zorg plaatsvinden).

Indien blijkt dat een patiënt binnen een geïndiceerd zorgprofiel onvoldoende in staat is een actieve leefstijl in te nemen en een goede lichamelijke fitheid te ontwikkelen, kan doorstroming naar een zwaarder profiel overwogen worden. Als een patiënt zijn doelen binnen een zorgprofiel bereikt heeft stroomt deze, indien verantwoord, door naar een lichter zorgprofiel (met 1 als lichtste vorm). Een zachte landing in profiel 1 - zelfstandig bewegen buiten de zorg - levert een bijdrage aan het behouden van het gedrag op de lange termijn, dit kan bijvoorbeeld met een goede doorverwijzing naar regulier sport- en beweegaanbod.

Alle informatie over de zorgprofielen staat in dit hoofdstuk beschreven. Allereerst wordt ingegaan op de wijze waarop het benodigde zorgprofiel wordt bepaald.

INDICATIESTELLING

De (beweeg)zorgprofessional inventariseert en bepaalt aan de hand van diverse factoren of en welke bewegezorg (zorgprofiel 1-5) nodig is. Hierbij zijn 3 stappen te onderscheiden (NHG-zorgmodule- Leefstijl, 2015).

1. Signaleren

Onder het signaleren van een beweegprobleem, onvoldoende gezond beweeggedrag, wordt verstaan het opmerken van signalen die er op kunnen wijzen dat iemand niet voldoende beweegt, niet op de juiste wijze beweegt en/of een onvoldoende lichamelijke fitheid heeft. De signalerende taak beperkt zich echter niet alleen tot zorgverleners, ook de patiënt zelf of de directe omgeving van de patiënt, werkgever, onderwijs en sport en welzijn kunnen deze rol vervullen. Indien een beweegprobleem geconstateerd wordt (bijvoorbeeld overgewicht, zittend beroep, klachten van het bewegingsapparaat, vermoeidheid) is het van belang dit te bespreken met de patiënt. Ook is afstemming tussen zorgprofessionals onderling en afstemming tussen zorgprofessionals en andere partijen hierbij van essentieel belang. Signaleren van een beweegprobleem kan dus altijd en overal plaatsvinden; het is een taak van de patiënt, zijn 'omgeving', de nulde lijn én de gehele eerste, tweede en derde lijn.

⁴ Waar oefentherapeut staat wordt bedoeld 'oefentherapeut Cesar/ Mensendieck'.

2. Inventariseren – willen en kunnen

Na signalering van een beweegprobleem, onvoldoende gezond beweeggedrag, bepaalt een huisarts/praktijkondersteuner, fysiotherapeut of oefentherapeut (en eventueel een revalidatiearts of sportarts) in samenspraak met de patiënt de meest passende vervolgstap. Indien iemand in behandeling is bij een medisch specialist, kan ook de specialist dit samen met de patiënt bepalen.

De meest passende vervolgstap kan zijn:

- zelfstandig bewegen buiten de zorg (zorgprofiel 1)
- bewegen buiten de zorg met ondersteuning van een zorgprofessional (profiel 2)
- doorverwijzing naar een beweegzorgprofessional voor gespecialiseerd beweegadvies (profiel 3)
- doorverwijzing naar een beweegzorgprofessional voor begeleiding bij bewegen (profielen 4,5).

Om de meest passende vervolgstap te bepalen worden de gezondheidsproblemen van de patiënt in kaart gebracht, wordt geïnterviewd of iemand niet voldoende beweegt, niet op de juiste wijze beweegt, onvoldoende lichamelijke fit is en wordt de motivatie tot gedragsverandering geëxploreerd.

Hiervoor wordt altijd het volgende nagegaan (het kunnen):

- beweefrequentie, -duur en -intensiteit;
- de deelname aan beweegactiviteiten binnens- en buitenshuis (wandelen, fietsen, sporten, hobby's, huishoudelijke activiteiten, woon- werkverkeer etc.);
- de ervaring met sport en bewegen in het verleden (buiten en binnen het zorgdomein), hoe dat beviel en wat de uitkomst daarvan was;
- iemands lichamelijke fitheid;
- de vitale beperkingen (zoals een verminderde hartfunctie of een verminderde longfunctie) die de belastbaarheid beïnvloeden;
- de fysieke beperkingen die het bewegen beïnvloeden;
- de cognitieve beperkingen die het bewegen beïnvloeden;
- de aanwezigheid van comorbiditeit of multimorbiditeit in relatie tot de invloed ervan op beweeggedrag (hart- en vaatziekten, longaandoeningen, chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, psychische stoornissen);
- de sociale en omgevingsfactoren die het beweeggedrag beïnvloeden (stimuleren andere gezinsleden de patiënt de vrije tijd actief in te vullen? Zijn er financiële problemen die van invloed zijn op een (actieve) leefstijl? Zijn er familieproblemen die een actieve leefstijl beperken? Is er een woon-werkverkeer regeling van kracht die het autogebruik ontmoedigt? Hoe actief is iemands vrienden- en kennissenkring?).

Indien nodig en met toestemming van de patiënt kan daarnaast nog aanvullende informatie in de eerste lijn (bijvoorbeeld bij een diagnostisch centrum of bij een collega zorgprofessional) of in de tweede lijn worden aangevraagd. Veelal gaat het dan om het verzamelen van aanvullende gegevens en het in kaart brengen van risicofactoren en beperkingen die van invloed kunnen zijn op de belastbaarheid, motivatie, aan- of afwezigheid van comorbiditeit of multimorbiditeit en psychologische factoren (bijvoorbeeld met een longfunctieonderzoek of inspanning ECG).

Op basis van de verzamelde informatie bepaalt de huisarts/praktijkondersteuner, fysiotherapeut of oefentherapeut (en eventueel een revalidatiearts of sportarts):

- of er een hoog risico is op het krijgen van een chronische aandoening en/of dat een chronische aandoening gediagnosticeerd is;
- of er sprake is van of een beweegprobleem, onvoldoende (gezond) beweeggedrag;
- of de patiënt medisch wordt belemmerd om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden;
- of er vitale, fysieke, cognitieve en of/of psychische beperkingen zijn om een voldoende actieve leefstijl aan te nemen;
- of er sprake is van comorbiditeit of multimorbiditeit.

De huisarts/praktijkondersteuner, fysiotherapeut of oefentherapeut (en eventueel een revalidatiearts of sportarts) bespreekt ook met de patiënt (het willen):

- de motivatie om zelfstandig een actieve leefstijl aan te nemen en te onderhouden:
 - In hoeverre zou u een actieve leefstijl willen aannemen?
 - Wat zijn voor u de drie belangrijkste redenen om dit te doen?
 - Hoe belangrijk is het voor u om een actieve leefstijl aan te nemen (geef aan op een schaal van 0-10). Waarom is het geen 0?
 - Wat heeft u nodig om tot een hoger cijfer te komen?
- de attitude ten aanzien van bewegen (bijvoorbeeld: wat vindt iemand van (bepaalde) sporten?; Welke beleving heeft hij bij wandelen/fietsen?; Hoe vult iemand bij voorkeur zijn vrije tijd in, actief, samen of alleen?);
- de eigen effectiviteit ten aanzien van bewegen (bijvoorbeeld: acht iemand zichzelf in staat om de actieve leefstijl vol te houden?; Denkt iemand het sporten na een ziekenhuisopname weer op te kunnen pakken?; Ervaart iemand angsten om te bewegen?); Stel dat u zou besluiten meer te gaan bewegen, hoe zou u dat aanpakken?; Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (geef aan op een schaal van 0-10); Waarom is dit geen 0?;
- de mogelijkheden (fysiek, psychisch/cognitief) om zelfstandig een actieve leefstijl aan te nemen en/of te onderhouden (zijn er bijvoorbeeld belemmerende zaken als angst en slechte eerdere beweegervaringen die begeleiding noodzakelijk maken om patiënten op weg te helpen naar gezond beweeggedrag of bij zelfmanagement);
- de behoefte aan ondersteuning bij zelfmanagement;
- de vormen van hulp die in zijn situatie mogelijk zijn.

3. Selecteren en kiezen

Na de inventarisatie kiezen de betreffende zorgverleners en de patiënt samen voor het best passende profiel. De zorg wordt stepped care ingezet; een licht zorgprofiel (zelfzorg) waar het kan, een zwaar zorgprofiel (individuele begeleiding) waar het moet (zie ook de ziektespecifieke KNGF-Standaard Beweginginterventies). Het meest passende profiel is afhankelijk van de aard en ernst van het beweegprobleem, iemands zelfmanagementvaardigheden en/of gezondheidsvaardigheden om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden en de aan-/afwezigheid van medische belemmeringen om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden.

In deze paragraaf worden voor ieder zorgprofiel de patiëntkenmerken, de indicatie, de interventies, de (doorstroom)criteria, de benodigde competenties en de professionals beschreven. In het volgende hoofdstuk zal op de items die samenhangen met de organisatie van de zorg, nog wat dieper worden ingegaan.

Zorgprofiel 1: Zelfstandig bewegen buiten de zorg

Als een patiënt geen behoefte heeft aan ondersteuning en voldoende zelfmanagement- en gezondheidsvaardigheden heeft om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden, kan hij zelf - buiten de zorg - een gezond beweeggedrag ontwikkelen en onderhouden. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van een beweegaanbod in de buurt, bijvoorbeeld van een sportvereniging of fitnessschool.

Zorgprofiel 2: Bewegen met ondersteuning van een zorgprofessional

Als geconstateerd wordt dat er ondersteuning op het gebied van zelfmanagement- en gezondheidsvaardigheden ten behoeve van een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid nodig is, is profiel 2 het meest aangewezen.

In dit zorgprofiel geven zorgprofessionals algemene beweegadviezen, ze coachen en monitoren het beweeggedrag van de patiënt en dragen zorg voor het ontwikkelen van voldoende zelfmanagementvaardigheden om het gedrag, zonder ondersteuning vanuit de zorg, te continueren.

Als de patiënt in staat is een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid zonder hulp van de zorg voort te zetten, gaat de patiënt terug naar profiel 1. Het (bijvoorbeeld jaarlijks) blijven monitoren van het beweeggedrag behoort, indien gewenst, tot de mogelijkheden. Als de patiënt na ondersteuning op het gebied van zelfmanagement- en gezondheidsvaardigheden toch nog onvoldoende beweegt, en de ondersteuning dus onvoldoende blijkt om het gedrag te veranderen, is doorstroming naar profiel 3 aangewezen om te bepalen of en welke vorm van beweegzorg dan passend is.

Zorgprofiel 3: Gespecialiseerd beweegadvies

Een gespecialiseerd beweegadvies is soms nodig om te bepalen welke vorm van beweegzorg het meest passend is. Een huisarts verwijst een patiënt hiervoor door naar een beweegzorgprofessional. Meestal is dit een fysiotherapeut of oefentherapeut. Naar een revalidatiearts, sportarts of een ander medisch specialisme wordt verwezen bij zeer ernstige (vitale) complicaties of als een patiënt reeds bij een specialist in behandeling is.

Om een gespecialiseerd beweegadvies te kunnen geven, verzamelen, analyseren en interpreteren beweegzorgprofessionals de risicofactoren op het krijgen van een chronische aandoening, de vitale, cognitieve en fysieke beperkingen én de co- en multimorbiditeit die (mogelijk) van invloed zijn op een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid. De beweegzorgprofessional verzamelt hiervoor noodzakelijke (medische) gegevens en voert indien nodig aanvullende (fitheids)testen uit. Op basis van de gegevens en uitkomsten bepaalt de beweegzorgprofessional vervolgens met de patiënt het juiste zorgprofiel (profiel 1, 2, 4 of 5). Daarnaast is hij verantwoordelijk voor het geven

van adviezen over de invulling van de beweeg(zorg)interventies (binnen en waar mogelijk ook deels buiten het zorgdomein), voor eventuele doorverwijzingen naar bijvoorbeeld de curatieve zorg en/of voor het (indien nodig) monitoren en evalueren van beweeggedrag nadien. Alle zorg wordt geleverd zoals beschreven in (ziekte specifieke) richtlijnen en zorgstandaarden.

Zorgprofiel 4: Begeleiding bij bewegen in groepsverband

Indien een patiënt medisch wordt belemmerd om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden, is begeleid bewegen met ondersteuning van een beweegzorgprofessional geïndiceerd. In zo'n situatie moet bepaald worden of de begeleiding in groepsverband gegeven kan worden of niet. Als de patiënt geen beperkingen heeft die groepsbegeleiding onmogelijk maken en behoefte heeft aan groepsbegeleiding is zorgprofiel 4 aangewezen.

Beweegzorgprofessionals begeleiden patiënten in groepsverband met veelal dezelfde risicofactoren, vitale, cognitieve, en fysieke beperkingen en/of beperkte co- en multimorbiditeit die mogelijk van invloed zijn op het zelfstandig actief bewegen. De begeleiding richt zich op het reduceren of wegnemen van de beperkingen van het houdings- en bewegingsapparaat en/of andere beperkingen met een verminderde belastbaarheid tot gevolg, het ontwikkelen van een actieve leefstijl, het opbouwen van een goede lichamelijke fitheid en op het ontwikkelen van zelfmanagementvaardigheden om gezond beweeggedrag na afloop van het programma buiten de zorg te continueren. De zorg wordt geleverd volgens de ziekte specifieke zorgstandaarden en standaarden voor beweeginterventies.

Om een goede inschatting te kunnen maken van de belastbaarheid van een patiënt en de risico's van beweegzorg, heeft de beweegzorgprofessional inzicht nodig in de medische en psychosociale gegevens van de patiënt. Inzicht in de ernst van de aandoening, met inbegrip van comorbiditeit en multimorbiditeit, en in de prognose is van belang bij het opstellen van een adequaat behandelplan. Het betreft onder andere gegevens over de voorgeschiedenis (zoals bij diabetes mellitus type 2 met name cardiovasculaire en orthopedische problematiek), de duur van de aandoening, de complicaties van de aandoening, het medicatiegebruik en de ziektespecifieke gegevens (zoals bij diabetes mellitus type 2 gegevens over bloedglucoseregulatie en inspannings-ECG's en bij COPD gegevens over longfunctie, zuurstofsaturatie en inspanningsvermogen). Psychosociale gegevens zijn zinvol ter ondersteuning van de analyse van de gezondheidsproblemen, de interpretatie van de testresultaten en de formulering van de behandeldoelen. Bij voorkeur worden afspraken gemaakt met eerste- en/of tweedelijns zorgverleners voor het verstrekken van de gegevens. Sommige gegevens, zoals ECG, kan de patiënt zelf achterhalen (ziektespecifieke standaarden, bijvoorbeeld KNGF-richtlijn COPD en KNGF-standaard Beweeginterventie diabetes mellitus type 2).

Patiënten met een (hoog risico op een) chronische aandoening volgen in profiel 4 een afgebakend (bijvoorbeeld voor 3 of 6 maanden) beweegprogramma. Dit programma wordt opgesteld aan de hand van de wensen van de patiënt en vertaald naar individuele doelen (bv. het overwinnen van angst voor inspanning, het optimaliseren van het inspanningsvermogen, het leren kennen van eigen fysieke grenzen, het ontwikkelen en onderhouden van een actieve leefstijl en het leren omgaan met fysieke beperkingen). De doelen (opgesteld en geëvalueerd met behulp van een fitheidsscan) worden

bereikt door het vergroten van iemands uithoudingsvermogen, het trainen van spierkracht en spieruithoudingsvermogen, functioneel te trainen en het verlagen van risicofactoren voor een (andere) aandoening. Aan het eind van het opgestelde programma krijgen patiënten een advies op maat om hun beweegactiviteiten voort te zetten. Waar nodig en gewenst kan (bijvoorbeeld jaarlijks) monitoring van het beweeggedrag, als nazorg, plaatsvinden.

Als het programma is afgerond, de doelen zijn bereikt (dan wel het maximaal haalbare is behaald) en de patiënt in staat is een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid zonder hulp van de zorg voort te zetten, stroomt de patiënt terug naar profiel 1. Eventuele door-/terug-verwijzing naar profiel 2, 3 of 5 kan ook nodig zijn.

Zorgprofiel 5: Individuele begeleiding bij bewegen

Profiel 5 is het zwaarste profiel. Dit profiel is bedoeld voor gemotiveerde patiënten die door ernstige beperkingen van het houdings- en bewegingsapparaat en/of andere beperkingen dusdanige medische belemmeringen ervaren dat individuele begeleiding/behandeling noodzakelijk is, om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden. Bij een patiënt in dit profiel is er sprake van een toenemende mate (in vergelijking met profiel 4) aan risicofactoren, aan vitale, cognitieve en/of fysieke beperkingen en/of aan co- en multimorbiditeit, die van invloed zijn op het zelfstandig bewegen en het ontwikkelen en onderhouden van een goede lichamelijke fitheid.

De beweegzorg focust zich in dit profiel op het (waar mogelijk) reduceren, wegnemen en/of stabiliseren van de beperkingen, zodat de randvoorwaarden zijn gecreëerd om een zoveel als mogelijk actieve leefstijl en goede lichamelijke fitheid te kunnen ontwikkelen en onderhouden. Afhankelijk van iemands situatie kan de behandeling zich tevens richten op het opheffen van functionele beperkingen (bijvoorbeeld in algemene dagelijkse activiteiten) en/of op het behoud van functies ter voorkoming van verdere achteruitgang. Om de benodigde interventies te kunnen bepalen is een zorgvuldige analyse van het beweeggedrag, de fitheid en de medische en psychosociale beperkingen noodzakelijk. De beweegzorgprofessional heeft hiervoor inzicht nodig in de medische en psychosociale gegevens van de patiënt (onder andere de ernst van de aandoening, met inbegrip van comorbiditeit en/of multimorbiditeit, de prognose van de aandoening en de psychosociale beperkingen). Bij voorkeur worden afspraken gemaakt met de eerste- of tweedelijns zorgverleners voor het verstrekken van de gegevens. Het totale beeld geeft richting aan de benodigde beweeginterventies, hun aard, duur, frequentie en/of intensiteit, waarbij de behandeling en de behandeldoelen wordt afgestemd op de behoeften van de patiënt. Om in de behandeling rekening te kunnen houden met comorbiditeit is het inventariseren van de aanwezigheid van comorbiditeit een belangrijke eerste stap. De Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) kan gebruikt worden om comorbiditeit te registreren (zie www.meetinstrumentenzorg.nl). Kennis van comorbiditeit en multimorbiditeit en klinisch redeneren zijn onontbeerlijk om een behandelplan op te stellen en uit te voeren. De geleverde zorg kan onderdeel zijn van een multidisciplinair zorgaanbod.

Als de behandeldoelen zijn bereikt (dan wel het maximaal haalbare is behaald) en de patiënt in staat is (zoveel als voor hem mogelijk) een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te

onderhouden zonder ondersteuning van de zorg, stroomt de patiënt terug naar profiel 1. Eventueel door-/terugverwijzen naar profiel 2, 3 of 4 kan ook nodig zijn. Waar nodig en gewenst kan (bijvoorbeeld jaarlijks) monitoring van het beweggedrag, als nazorg, plaatsvinden. De zorg wordt geleverd volgens de ziekte specifieke zorgstandaarden en richtlijnen.

	Zorgprofiel 1 Zelfstandig bewegen buiten de zorg	Zorgprofiel 2 Bewegen met ondersteuning van een zorgprofessional	Zorgprofiel 3 Gespecialiseerd beweegadvies	Zorgprofiel 4 Begeleiding bij bewegen in groepsverband	Zorgprofiel 5 Individuele begeleiding bij bewegen
Algemene kenmerken	De diagnose (hoog risico op een) chronische aandoening is gesteld. Patiënt voldoet niet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Patiënt is gemotiveerd zijn beweeggedrag te veranderen.				
Specifieke patiënt-kenmerken	De patiënt beschikt over voldoende zelfmanagement- en/of gezondheidsvaardigheden	De patiënt beschikt niet over voldoende zelfmanagement- en/of gezondheidsvaardigheden	Patiënt wordt medisch belemmerd om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden.	De patiënt heeft geen beperkingen die groepsbegeleiding onmogelijk maken.	De patiënt heeft door zijn beperkingen individuele begeleiding nodig.
Indicatie	Zelf ontwikkelen en onderhouden van een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid.	Zelfmanagementondersteuning en gedragsveranderingsondersteuning (leefstijladvisering)	Gespecialiseerd beweegadvies	Gespecialiseerde begeleiding bij bewegen in groepsverband	Gespecialiseerde individuele begeleiding bij bewegen
Interventies	Patiënt gaat - buiten de zorg - zelf aan de slag.	Zorgprofessionals geven algemene beweegadviezen, coachen en monitoren het beweeggedrag	Beweegzorgprofessionals verzamelen, analyseren en interpreteren risicofactoren, beperkingen en/of (co- en multi)morbiditeit en geven adviezen.	Beweegzorgprofessionals begeleiden individueel afgebakende beweegprogramma's.	Beweegzorgprofessionals ontwikkelen en begeleiden individuele behandelplannen.
Doorstroom-criteria		Als de patiënt in staat is een actieve leefstijl zonder hulp van de zorg voort te zetten, stroomt de patiënt terug naar profiel 1. Als de patiënt na verloop van tijd nog onvoldoende beweegt, en gedragsondersteuning onvoldoende effect heeft, is doorstroming naar profiel 3, aangewezen om te bepalen of en welke zorg dan passend is.	Samen met de patiënt stelt de beweegzorgprofessional vast of en welke zorg geïndiceerd is. Vervolgens vindt doorstroming plaats naar het meest passende profiel (zorgprofiel 1, 2, 4 of 5) of naar de curatieve zorg.	Als het programma is afgerond, de doelen zijn bereikt (het maximaal haalbare is behaald) en de patiënt in staat is een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid zonder hulp van de zorg voort te zetten, stroomt de patiënt uit naar profiel 1. Eventueel verwijzen naar profiel 2, 3 of 5 is ook mogelijk.	Als de behandeldoelen zijn bereikt (het maximaal haalbare is behaald) en de patiënt in staat is (zoveel als voor hem mogelijk) een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te onderhouden zonder hulp van de zorg, stroomt de patiënt uit naar profiel 1 Eventueel verwijzen naar profiel 2, 3 of 4 is ook mogelijk.
Belangrijke competenties		- algemene expertise over bewegen i.r.t. gezondheid - adviseren en coachen - motiverende gesprekstechnieken - samenwerken	- gespecialiseerde expertise over bewegen i.r.t. tot gezondheid en chronische aandoeningen (co- en multimorbiditeit) - opstellen en begeleiden beweegprogramma en behandelplan - klinisch redeneren en interpreteren van gegevens - adviseren en coachen - motiverende gesprekstechnieken - samenwerken		
Meest aangewezen professionals	Geen (beweeg)-zorgprofessionals betrokken, indien gewenst wel beweegprofessionals	Zorgprofessionals: huisarts, praktijkondersteuner en (wijk / gespecialiseerd) verpleegkundige	Beweegzorgprofessionals: sportarts, revalidatiearts, fysiotherapeut en oefentherapeut	Beweegzorgprofessionals: fysiotherapeut en oefentherapeut	

Schema: Indeling in zorgprofielen naar belangrijkste kenmerken ^(a)

^(a) Het volume patiënten is naar verwachting het grootst in zorgprofiel 1, daarna volgt zorgprofiel 2.

Nota bene: Mensen die beweegzorg in zorgprofielen 2-5 ontvangen, bewegen tegelijkertijd ook buiten de zorg.

Voorbeelden van patiënten behorende bij zorgprofiel 1

- Volwassen man van middelbare leeftijd met een hoog cardiovasculair risico, een onvoldoende actieve leefstijl en gemotiveerd om zijn leefstijl te veranderen door met een maatje drie dagen per week te gaan wandelen en naar het werk zijn auto te vervangen door een fiets.
- Jongvolwassen vrouw met overgewicht (BMI 28) en een inactieve leefstijl, gemotiveerd om zelf meer te gaan bewegen d.m.v. fitness. Ze wil begeleid worden door een sportinstructeur. Deze stelt een fitnessprogramma voor haar op en begeleidt de uitvoering.
- Volwassen vrouw met diabetes type II en een inactieve leefstijl wil meer bewegen. Zij hoort op de hockeyvereniging van haar kinderen dat meerdere ouders meer zouden willen bewegen. Zij besluit om voor alle ouders, tijdens de sporturen van de kinderen, een trainer te regelen en samen te gaan sporten. Als groep stimuleren ze elkaar om - ook buiten de sport - een actieve leefstijl aan te nemen.

Voorbeelden van patiënten behorende bij zorgprofiel 2

- Patiënt (56 jaar) met een coronaire bypass bezoekt de praktijkondersteuner voor een jaarlijkse controle in het kader van cardiovasculair risico management. Hij is onvoldoende actief en zichzelf onvoldoende bewust van de noodzaak om meer te gaan bewegen. Gezamenlijk maken patiënt en praktijkondersteuner de afspraak dat de patiënt gaat deelnemen aan cardiogym (vooral fietsen en lopen) in de lokale sportschool en dat de patiënt gedurende een jaar driemaandelijks een afspraak maakt met de praktijkondersteuner om de ervaringen te bespreken. Na evaluatie kan de praktijkondersteuner de patiënt doorsturen naar profiel 1 bij voldoende zelfmanagement of naar profiel 3 indien blijkt dat de patiënt niet in staat is zelfstandig een actieve leefstijl aan te nemen en te onderhouden.
- Patiënte (62 jaar) met artrose in knie is onlangs gestopt met tennissen in verband met knieklachten en haar angst dat, door te tennissen, de artrose zal verergeren. De huisarts bespreekt met haar het belang van blijven bewegen en vraagt haar bij blijvende klachten opnieuw een afspraak te maken. De huisarts evalueert bij een tweede consult het beloop en verwijst bij aanhoudende klachten naar een beweegzorgprofessional voor een gericht beweegadvies (profiel 3) of adviseert bij een positief beloop verder zelfstandig te blijven sporten (profiel 1).
- De wijkverpleegkundige bezoekt een patiënte (79 jaar) met diabetes type II in de thuissituatie, in verband met de nazorg voor een ulcus aan haar voet. De patiënte is zich onbewust van het belang van wandelen. De afspraak wordt gemaakt dat deze patiënte dagelijks een wandeling gaat maken (profiel 1) en zo nodig in overleg met de huisarts de hulp van een beweegzorgprofessional (fysiotherapeut of oefentherapeut) inroept (profiel 3).

Voorbeelden van patiënten behorende bij zorgprofiel 3

- Man van 54 met matig COPD (FEV1=65%) wordt vanwege persisterende kortademigheidsklachten door de huisarts verwezen naar een longarts. Uit analyse door de longarts blijkt onder andere een ernstige fysieke inactiviteit met een gemiddeld aantal stappen (over een week gemeten) van 3600 per dag. Daarnaast is de fysieke capaciteit verlaagd met een 6 minuten loopafstand van 375 meter en een maximale belastbaarheid op de fietsergometer van 80 Watt. Omdat de patiënt

- gemotiveerd is voor deelname aan een fysiek programma, wordt patiëntgericht en gedocumenteerd verwezen naar een fysiotherapeut met specifieke deskundigheid (zorgprofiel 4).
- Een patiënt (88 jaar) met de ziekte van Alzheimer, een heupprothese, diabetes, osteoporose en hypertensie, die de dag vooral zittend in een stoel doorbrengt. Er is een mate van kwetsbaarheid en interactie van ziektebeelden waardoor een gespecialiseerd beweegadvies geïndiceerd is. Een geriatriefysiotherapeut kan de diagnostiek verrichten en in samenspraak met de mantelzorgers en andere zorgverleners (bv. de thuiszorg en welzijnswerk) een -indien nodig - behandelplan met betrekking tot bewegen opstellen. De - indien nodig curatieve - zorg moet er vervolgens op gericht zijn dat, door de inzet van bewegen, er een minder kwetsbaar systeem ontstaat. De begeleiding zal onder meer gericht moeten zijn op het onderhouden van kracht- en balansvermogen en op de preventie van valincidenten.
 - Een jonge dame (22 jaar) met ernstige reuma wenst meer te gaan sporten, maar ervaart daarbij recidiverende pijnklachten in de gewrichten. De huisarts verwijst haar naar een sportarts of sportfysiotherapeut voor een gericht advies met betrekking tot de inhoud en opbouw van haar sportprogramma. Indien de patiënt dit zelfstandig kan managen stroomt de patiënt uit naar profiel 1. Zo nodig (onvoldoende zelfmanagement vaardigheden of aanhoudende beperkingen) kan de patiënt ook verwezen worden naar profiel 2, 4 of 5.

Voorbeeld van patiënten behorende bij zorgprofiel 4

- Man van 54 jaar met matig COPD zoals beschreven bij de eerste casus van zorgprofiel 3. Op basis van de bevindingen uit een longfunctie- en inspanningsonderzoek en aanvullend fysiotherapeutisch onderzoek naar o.a. spierfunctie, ontwerpt een fysiotherapeut een trainingsprogramma op maat. Dit programma richt zich op het verhogen van de fysieke capaciteit. Daarnaast wordt door middel van een gedragsmatige aanpak gewerkt aan het opbouwen en onderhouden van een actieve leefstijl. Zodra dit gerealiseerd is, stopt het programma.
- Patiënte van 84 jaar met een sedentaire leefstijl (veel langdurig zitten) wordt - o.a. door sarcopenie (vermindering van spierkracht door het ouder worden) - beperkt in haar fitheid en kracht. Ze ervaart belemmeringen in haar ADL doordat haar kracht en loopvermogen is afgenomen. Om haar participatie en kwaliteit van leven te verbeteren en/of minimaal te handhaven is beweegzorg nodig. Ze krijgt een programma aangeboden om haar kracht en fitheid te bevorderen en om ADL activiteiten functioneel te trainen. Zodra ze in staat is om - zonder ondersteuning vanuit de zorg - een actieve leefstijl (voor zover haalbaar) aan te nemen, stopt de zorg.
- Vrouw van 62 heeft na het doormaken van een acuut cardiaal event, de klinische fase en revalidatiefase doorlopen. Patiënt ondervindt als gevolg van haar coronair lijden nog medische beperkingen die haar belastbaarheid negatief beïnvloeden. Patiënt heeft behoefte aan nazorg en heeft tijdelijke ondersteuning nodig om op krachten te komen, weer zelfvertrouwen te krijgen in het eigen kunnen en haar uithoudingsvermogen op te bouwen. De beweegzorgprofessional stelt een afgebakend beweegprogramma voor haar op. Zodra ze weer zelf een actieve leefstijl kan onderhouden, stopt het programma en stroomt de patiënt terug naar profiel 1. Daar kan zij bijvoorbeeld naar een meer bewegen voor ouderengroep van een lokale welzijnsorganisatie gaan of naar een particulier aanbod voor lotgenoten.
- Een patiënt (60 jaar) met COPD en een hoog cardiovasculair risico ervaart vermoeidheid bij het lopen op een loopband en stopt voortijdig omdat hij denkt te weinig zuurstof op te kunnen

nemen. Door het geven van het feedback over de zuurstofsaturatie en de hartfrequentie in rust en tijdens bewegen, verbetert zijn ziekte-inzicht en is hij beter in staat (zelfstandig) te gaan bewegen.

Voorbeelden van patiënten behorende bij zorgprofiel 5

- Een man (47 jaar) is bij de huisarts bekend met aspecifieke chronische lage rugpijn. In een gesprek met diens praktijkondersteuner wordt geconstateerd dat deze patiënt er een inactieve leefstijl op na houdt. De patiënt geeft aan wel actiever te willen worden maar dit niet durft en niet denkt te kunnen, vanwege bewegingsbeperkingen van de lumbale wervelkolom, te weinig spierkracht en een duidelijk verminderd uithoudingsvermogen. Vanwege angst en de ervaren fysieke beperkingen is patiënt niet in staat zelfstandig een actieve leefstijl aan te (gaan) nemen. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional is geïndiceerd. De beweegzorgprofessional stelt een individueel programma op om de angst om te bewegen weg te nemen en de patiënt te leren dat bewegen juist goed is. Waar nodig maakt ook een kortdurende behandeling van de bewegingsbeperking door fysiotherapeut/ manueeltherapeut, onderdeel uit van de zorg. Indien blijkt dat de patiënt zelf in staat is een actieve leefstijl te onderhouden stopt de beweegzorg.
- Een oncologische patiënt wordt ten gevolge van de aandoening, de behandeling met cytostatica, radiotherapie of anderszins beperkt in activiteit en beweging. Indien deze daardoor conditie- en krachtsverlies ervaart, bewegingsbeperkingen ondervindt en mogelijk ernstige vermoeidheidsklachten verwerft is beweegzorg geïndiceerd. Omdat de fysieke fitheid tijdens een oncologische behandeling sterk schommelt is profiel 5 aangewezen. De beweegzorgprofessional kan de patiënt adviseren, begeleiden, behandelen en coachen in het zoveel en goed mogelijk handhaven, herstellen of verbeteren van de beperkingen en klachten en het onderhouden van een actieve leefstijl. Zodra de patiënt hiertoe zelf in staat is - zonder ondersteuning vanuit de zorg - stopt de zorg.
- Een patiënte (55 jaar) met een halfzijdige verlamming na een cerebrovasculair accident heeft ernstig overgewicht en is ten gevolge van haar aandoening en toekomstverwachting ernstig depressief. Begeleiding door een beweegzorgprofessional is geïndiceerd met het doel de fysieke en cognitieve beperkingen die een actieve leefstijl in de weg staan te verminderen tot het niveau dat de patiënt zelfstandig in staat is te (blijven) bewegen. Dan stopt de beweegzorg en stroomt de patiënt uit naar een lager zorgprofiel.

3. ORGANISATIE VAN DE BEWEEGZORG

Bij de beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening zijn diverse zorgverleners en organisaties betrokken. Beweegzorgprofessionals moeten hierdoor samenwerken - monodisciplinair en multidisciplinair - in de eerste lijn, in transmurale ketens en intramuraal. In het publieke domein wordt ook ondersteuning verleend bij bewegen. Samenwerking en afstemming tussen hen en professionals uit het zorgdomein, is ook een noodzakelijke voorwaarde voor goede beweegzorg. Het doel is goede beweegzorg te bieden, door de meest geëigende professional, opdat het bewegen van de patiënt (zoveel als mogelijk in het publieke domein) geoptimaliseerd wordt. Een goede informatieoverdracht, een nauwe samenwerking met betrokkenen en afstemming tussen professionals en tussen het zorg- en publieke domein is nodig om te komen tot goede patiëntenzorg.

SAMENWERKING PROFESSIONALS

Diverse zorgverleners (bijvoorbeeld praktijkondersteuners en gespecialiseerd verpleegkundigen) spelen een belangrijke rol bij het geven van voorlichting over bewegen en lokale initiatieven, het signaleren van mogelijke problemen bij bewegen en het doorverwijzen van patiënten naar een andere professional (bijvoorbeeld een sportarts of fysiotherapeut). Lokale en regionale samenwerkingsafspraken door zorgaanbieders op het gebied van beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening zijn een eerste stap in de richting van goede beweegzorg.

In de samenwerkingsafspraken dienen minimaal de volgende items aan bod te komen:

- aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten m.b.t. beweegzorg. Deze persoon speelt een belangrijke rol in de afstemming van zorg tussen diverse betrokken (beweeg)zorgprofessionals en de beweegprofessionals werkzaam in het publieke domein;
- voorlichting aan patiënten en naasten (inhoud, methode, moment, betrokkenen);
- aansluiting bij bestaande afspraken, bijvoorbeeld de inhoud van het Individueel Zorgplan (IZP);
- wijze van het inschakelen van en het verwijzen naar de meest geëigende professionals;
- informatie-uitwisseling bij verwijzing en afstemming (inhoud, methode, moment, betrokkenen);
- criteria voor wijzigen of beëindigen van interventies;
- criteria voor bepaling afwijkend beloop/stagnatie van beweegzorginterventies en moment van (terug)verwijzing, dan wel met wie dan contact kan worden opgenomen;
- evaluatie en rapportage van de interventies (inhoud, moment), met aandacht voor een goede doorstroom en de aansluiting van het zorgdomein op het publiek private domein en vice versa;
- i.s.m. gemeenten een regionale sociale kaart met betrekking tot bewegen, beweegzorg en lokale initiatieven ontwikkelen en onderhouden;
- evaluatiemomenten van gemaakte afspraken.

(NHG-zorgmodule – leefstijl, 2015)

In de intramurale zorg (2e en 3e lijn) speelt de behandelend specialist een belangrijke rol bij - het inschakelen van - de beweegzorg en/of revalidatie. De (organisatie van deze) beweegzorg dient daarom ook vastgelegd te worden in intramurale zorgprotocollen en in transmurale afspraken voor na ontslag zorginstelling.

Diverse organisaties bieden ondersteuning om samenwerking te realiseren bijvoorbeeld provinciale sportorganisaties, sportloketten in revalidatiecentra en ziekenhuizen en buurtsportcoaches in opdracht van gemeenten.

COMPETENTIES BETROKKEN PROFESSIONALS

Professionals die betrokken zijn bij het bewegen van mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening moeten over een aantal specifieke competenties⁵ beschikken. De benodigde competenties zijn afhankelijk van de taken en rollen van de professional, van de complexiteit van interventies en de doelgroep patiënten. Van alle professionals wordt verwacht dat zij zelfmanagement van de patiënt nastreven. Zij hebben een signaalfunctie ten aanzien van beweegproblematiek en kunnen bij het vermoeden van een beweegprobleem, bij afwijkende bevindingen of bij een afwijkend beloop, dit signaal overbrengen binnen een samenwerkingsverband met andere professionals, zodat aanvullend onderzoek kan worden ingezet.

De *zorgprofessional* (bijvoorbeeld een gespecialiseerd verpleegkundige of een praktijkondersteuner) die betrokken is bij de medische zorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening, heeft algemene expertise op het gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en beschikt over de bijbehorende competenties als signaleren, adviseren, coachen en motiverende gesprekstechnieken t.b.v. gedragsveranderingen. Deze zorgprofessional heeft ook kennis van de criteria van verwijzing naar andere professionals en weet tijdig andere professionals in te schakelen voor optimale beweegzorg (op basis van de medische consequenties van bewegen bij een bepaalde aandoening en het inzicht in de begrenzing van de eigen kennis en kunde waardoor doorverwijzing nodig is).

Een *beweegzorgprofessional* (bijvoorbeeld een fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts of revalidatiearts) begeleidt de beweegzorg in de zorgprofielen 3, 4 en 5. De beweegzorgprofessional beschikt over gespecialiseerde expertise ten aanzien van het houdings- en bewegingsapparaat, over kennis van bewegen in relatie tot gezondheid en chronische aandoeningen (co- en multimorbiditeit) en over kennis over de primaire aandoening van patiënten. Een beweegzorgprofessional kan door klinisch redeneren en interpreteren van gegevens het best passende zorgprofiel voor een individuele patiënt vaststellen en het behandelplan opstellen. Een beweegzorgprofessional heeft kennis van en is vaardig in het geven van de beweegzorg, is vaardig in toepassing van motiverende gesprekstechnieken, in het adviseren en coachen. De beweegzorgprofessional is bekwaam om als casemanager of als behandelaar van de beweegzorginterventie op te treden, de patiënt te adviseren

⁵ Competentie: het vermogen om op basis van aanwezige kennis, vaardigheden, houding, normen, waarden en rolopvattingen, adequaat te kunnen handelen in (complexe) situaties én om keuzes en beslissingen die tijdens dat handelen gemaakt worden te kunnen verantwoorden en er op te kunnen reflecteren.

om aanvullende begeleiding te laten plaatsvinden door een andere professional en te zorgen voor 'een zachte landing' richting zelfzorg. Een beweegzorgprofessional biedt op methodische wijze beweegzorg aan patiënten en communiceert met hen op de juiste wijze (m.n. afstemming op de mate van geletterdheid en op de culturele achtergrond). De beweegzorgprofessional kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op en staat ingeschreven in een kwaliteitsregister (voor fysiotherapeuten in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) en voor oefentherapeuten in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)) (KNGF beroepsprofiel Fysiotherapeut 2014, VvoCM Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015, VvoCM Beroepscode Oefentherapeut 2010). De beweegzorgprofessional weet op een goede manier samen te werken met relevante partijen, participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt gebruik van beschikbare expertises om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening.

Buiten de zorg kan een *beweegprofessional* (bijvoorbeeld een sportinstructeur) mensen begeleiden op het gebied van beweeggedrag. Zijn competenties liggen vooral op het vlak van het begeleiden van beweegaanbod, op deze wijze levert hij ook een bijdrage aan gedragsverandering. Hij is bekwaam om als begeleider van de beweeginterventie op te treden en de patiënt op de juiste wijze te adviseren over andere vormen van begeleiding door een (beweeg)zorgprofessional. De beweegprofessional beschikt over basiskennis van bewegen (mogelijk door extra scholing aangevuld met basiskennis van chronische aandoeningen).

Binnen het multidisciplinair team is extra aandacht voor afstemming van zorg die sterk verbonden is met beweegzorg, zoals zorg rondom voeding, farmaceutische zorg en psychologische zorg en de daarmee samenhangende expertise. Wanneer deze competenties nog niet aanwezig zijn binnen het team, kunnen zorgverleners die over deze competenties beschikken aan het team worden toegevoegd.

INFORMATIEOVERDRACHT

Communicatie is essentieel voor de kwaliteit van de beweegzorg. Voor zorgverleners en beweegzorgprofessionals - en uiteraard de patiënt - is het van belang om tijdig en volledig te zijn geïnformeerd. In een aantal kwaliteitsstandaarden is de standaardisatie van informatieverwerking en overdracht tussen zorgverleners en beweegzorgprofessionals op verschillende momenten in het zorgproces vastgelegd. Zorgprofessionals en beweegzorgprofessionals kunnen de richtlijnen toepassen bij verbeteringen van de dagelijkse zorg, maar de richtlijnen zijn ook de basis voor de standaardisatie van informatiesystemen. Op lokaal niveau zullen betrokken zorgverleners en beweegzorgprofessionals afspraken moeten maken over de informatieoverdracht en wederzijdse berichtgeving. Het gaat dan om de inhoud van de berichtgeving (reden van verwijzing, ziektebeeld, criteria voor terug-verwijzing, noodzaak tot consultatie zorgverlener et cetera) en de methode en frequentie van informatieoverdracht. Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier door zorgverleners en beweegzorgprofessionals waarbij weinig gebruikgemaakt wordt van vrije tekst velden, zal de informatieoverdracht en samenwerking verbeteren. Voor een goede informatie-uitwisseling tussen huisartsen en fysiotherapeuten bestaat er al de NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling (2012). Deze richtlijn is "vertaald" in een

Informatiestandaard. Deze is van toepassing verklaard door het door de minister Schippers ingestelde Informatieberaad en opgenomen in het kwaliteitsregister van ZINL. In dit kader zijn ook de ambities in het kader van het PersoonlijkGezondheidsDossier 2020 van groot belang.

FINANCIERING

Een tekort aan lichaamsbeweging is in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor ongeveer 8000 sterfgevallen (6 % van de totale sterfte). Aan ziekten als gevolg van inactiviteit werd 1,3 miljard euro uitgegeven (1,8% van de totale zorguitgaven). Dergelijke kosten zouden deels te voorkomen zijn door meer te sporten en bewegen. De meeste beweegwinst is te halen bij de groepen met een relatief hoog percentage inactieven zoals chronisch zieken. Uit een verkenning naar de kosteneffectiviteit van beweegzorg specifiek gericht op mensen met Reumatoïde Artritis, Artrose, Osteoporose, Claudicatio Intermittens en COPD blijken grote besparingen haalbaar. De resultaten tonen de toegevoegde waarde van beweegzorg in de keten aan en mogelijke besparingen van tenminste 160 miljoen euro bij opname in het basispakket. Daarnaast is er duidelijk sprake van winst op kwaliteit van leven (Meer van der, 2012).

Voldoende en goed bewegen is primair ieders eigen verantwoordelijkheid. Bewegen vindt vooral buiten de zorg plaats. In deze module is beschreven wanneer beweegzorg nodig is.

Duidelijkheid over de financiering, welke onderdelen van de beweegzorg kunnen worden toegerekend tot het domein van de Zorgverzekeringswet en welke niet, is essentieel om de implementatie van de zorg te bevorderen. Ziektespecifieke uitwerkingen van deze module zijn hiervoor nodig. In deze ziektespecifieke uitwerkingen (per aandoening) dienen de volgende items ziektespecifiek gespecificeerd te worden: Wanneer is er sprake van een hoog risico?; Wat zijn de medische belemmeringen waardoor begeleiding bij bewegen door een beweegzorgprofessional geïndiceerd is?; Wat zijn de aandoening specifieke in- en exclusiecriteria en interventies? Om ervoor te zorgen dat de beschreven zorg voor iedereen die het nodig heeft ook financieel toegankelijk wordt, zullen een aantal partijen de krachten bundelen om dit voor een aantal chronische aandoeningen in 2016 gezamenlijk uit te werken.

Andere regelingen bijvoorbeeld vanuit gemeenten en werkgevers kunnen daar dan weer goed op aansluiten, bijvoorbeeld nadat de vergoeding vanuit de ZVW eindigt omdat het gestelde doel behaald is. Te denken valt bijvoorbeeld aan regelingen van gemeenten voor mensen die om financiële redenen onvoldoende actief zijn (zoals sportpassen en compensatieregelingen), regelingen van gemeenten voor mensen die om sociale redenen onvoldoende actief zijn (bijvoorbeeld door culturele achtergrond en gezinsproblematiek) en aan regelingen van werkgevers om hun werknemers zo lang mogelijk inzetbaar te houden (bijvoorbeeld oefenprogramma's voor mensen die veelal achter een computer werken). Het effect van beweegprogramma's is alleen optimaal wanneer bewegen continuïteit kent en er dus een nauwe aansluiting is tussen het zorg-gefinancierd bewegen en het blijven bewegen, voor eigen rekening, of financieel gefaciliteerd door gemeente of werkgevers. Hoe beter de afbakening is van ZVW-gefinancierde zorg, des te eenvoudiger is het om in de lokale praktijk, de aansluiting van beweegprogramma's te realiseren. Heldere ZVW-criteria voorkomen het afschuiven van verantwoordelijkheden naar elkaar.

Voor een optimaal kwaliteitsbeleid zal het belang van transparantie van de kwaliteit van beweegzorg door de diverse zorgverleners, beweegprofessionals en beweegzorgprofessionals moeten worden onderschreven. In diverse richtlijnen (o.a. voor COPD en Hartfalen), zorgstandaarden en standaard beweeginterventies (o.a. in KNGF-standaard Beweeginterventies) is inmiddels vastgelegd wat de professionele kwaliteitsnorm van beweegzorg door betrokken professionals is en op welke wijze deze getoetst en geborgd kan worden. Op lokaal niveau is het belangrijk om te benoemen welke professionals en organisaties als samenwerkingspartners kunnen worden aangemerkt. Hierbij moeten alle relevante interventies op het gebied van bewegen en beweegzorg goed vertegenwoordigd zijn. Partijen die zich verbinden aan elkaar op het gebied van beweegzorg, worden geacht een gezamenlijke verplichting aan te gaan om beweegzorg, voor mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening, van een bepaalde kwaliteit en vanuit een bepaalde visie te verlenen. Het gebruik van indicatoren kan helpen om de kwaliteit van de beweegzorg te monitoren en te bewaken.

4. KWALITEITSINDICATOREN

Kwaliteitsindicatoren dienen ontwikkeld te worden om de kwaliteit van de geleverde beweegzorg vast te (kunnen) stellen en (de vooruitgang) te monitoren. Bij het meten van kwaliteit wordt onderscheid gemaakt in uitkomst-, proces- en structuurindicatoren.

Uitkomstindicatoren geven inzicht in de effecten van beweegzorg door middel van het uitzetten van meetinstrumenten (Patient Reported Outcome Measures en/of klinische uitkomsten). Er bestaan diverse valide meetinstrumenten (vragenlijsten, functietesten en performancetests) voor het meten van iemands actieve leefstijl, fitheid, zelfmanagement, functioneel herstel, vitale en/of cognitieve beperkingen én behoud van functies. Deze instrumenten staan beschreven in kwaliteitsstandaarden (zie ook www.meetinstrumentenzorg.nl). Voorbeelden van uitkomstindicatoren die relevant zijn in het kader van de in deze module beschreven zorg (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) zijn:

- behoud van het beweeggedrag/ de gedragsverandering (gemeten met bijvoorbeeld beweegmeters) een jaar nadat een beweegzorginterventie is gestopt;
- de mate waarin de medische belemmering om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden opgelost is.

Structuurindicatoren hebben betrekking op randvoorwaarden voor goede beweegzorg. Menselijke, fysieke en financiële middelen om goede beweegzorg te verlenen behoren hiertoe maar ook de mogelijkheden om zelfstandig te kunnen bewegen. Voorbeelden van structuurindicatoren die relevant zijn in het kader van de in deze module beschreven zorg (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) zijn:

- beschikbaarheid lokaal samenwerkingsverband en lokale samenwerkingsafspraken t.b.v. beweegzorg;
- aantal beschikbare beweegzorgprofessionals (fte) op tienduizend patiënten met een (hoog risico op een) chronische aandoening woonachtig in een bepaalde regio.

Procesindicatoren geven informatie over de daadwerkelijke zorgverlening zoals het functioneren van zorgverleners en het aantal keer dat bepaalde metingen zijn gedaan, activiteiten zijn verricht en/of interventies zijn ingezet. Voorbeelden van procesindicatoren die relevant zijn in het kader van de in deze module beschreven zorg (geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie) zijn:

- aandeel patiënten dat uitstroomt vanuit het zorgdomein naar het publieke domein (profiel 1);
- percentage chronische patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd.

Aan alle indicatoren moeten doelstellingen gekoppeld worden om te kunnen bepalen wat goede zorg is en wat niet. Voor generieke beweegzorg zijn deze (nog) niet voor handen.

5. BIJLAGEN

BIJLAGE 1 GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Altenburg WA, Bossenbroek L, de Greef MHG, Kerstjens HAM, ten Hacken NHT, Wempe JB. Functional and psychological variables both affect daily physical activity in COPD: A structural equations model. *Respir Med*, 2013; 107(11):1740-7
- American College of Sports Medicine. (2013). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (9th ed.)*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bassuk SS, Manson JE. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of applied physiology* 2005; 99(3):1193-1204
- Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American journal of epidemiology* 1990; 132(4):612-628
- Bernaards, C.M. *Bewegen in Nederland 2000-2013: resultaten TNO-monitor bewegen en gezondheid*. Leiden: TNO, 2014
- Beroepsprofiel Oefentherapeut VvOCM 2015, Beroepscode Oefentherapeut VvOCM 2010
- Bos GAM van den, Danner S, Haan RJ de, Schadé E (red.). *Chronisch zieken en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier, 2000
- Boshuizen HC. Risicofactoren: prevalenties en transitiekansen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2013
- CBO Zorgmodule Zelfmanagement, 2012
- Chorus A. *Bewegen in Nederland: Chronisch zieken*. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH (Red.). *Trendrapport Bewegen en gezondheid 2008/2009*. Leiden: TNO, 2010
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. *ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten*. Raamwerk Individueel zorgplan. April 2012
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. *ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten*. *Zorgstandaarden in model*. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag 2010
- Darawad MW, Khalil AA. Jordanian dialysis patients' perceived exercise benefits and barriers: A correlation study. *Rehabil Nurs*, 2013;38(6):315-322
- Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews*, 2001;2:159-171
- De Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research*, 1988;3(2):273-282.
- Department of Health and Human Services. *Physical activity guidelines advisory committee report: 2008*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2008
- Dontje ML, Feenstra M, de Greef MHG, Nieuwland W, Hoendermis ES. Are grown-ups with congenital heart disease willing to participate in an exercise program? *Congenit Heart Dis*, 2014;9(1):38-44
- Duncan GE. Exercise, fitness, and cardiovascular disease risk in type 2 diabetes and the metabolic syndrome. *Curr Diab Rep*, 2006;6:29-35

- Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MC. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scand J Public Health*, 2006;35(5):453-61
- Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJM, Reijneveld SA. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2014;19(sup2):61-76
- Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, Scherr PA, Wallace RB. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49(2):M85-94
- Hart&Vaatgroep, Reacties Hartenvaatpanel op vragen over 'bewegen', januari 2015
- Haskell WL, Lee I, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(8):1423
- Henchoz Y, Zufferey P, So A. Stages of change, barriers, benefits, and preferences for exercise in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study. *Scand J Rheumatol*, 2013;42(2):136-42
- Hendriksen I, Bernaards C, Hildebrandt V. Lichamelijke inactiviteit en sedentair gedrag in de Nederlandse bevolking. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH (Red.). *Trendrapport Bewegen en gezondheid 2008/2009*. Leiden: TNO, 2010
- Hendriksen IJM, Bernaards CM, Commissaris DACM, Proper KI, van Mechelen W, Hildebrandt VH. Langdurig zitten: een nieuwe bedreiging voor onze gezondheid. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 2013; 91(1):22-25.
- Herring MP, Puetz TW, O'Connor PJ, Dishman RK. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2012; 172(2):101-111
- Hoeymans N, Schellevis FC, Wolters I. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven: RIVM; 2008
- Hoeymans N, Schellevis FC. Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM; 2008
- Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New England Journal of Medicine* 2001; 345(11):790-797
- Kemper HGC, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz*, 2000;78:180-183
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Standaard Beweginginterventie coronaire hartziekten. Uitgave mei 2009
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Standaard Beweginginterventie diabetes mellitus type 2. Uitgave december 2009
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Standaard Beweginginterventie osteoporose. Uitgave oktober 2009
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Standaard Beweginginterventie

artrose. Uitgave december 2008

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Standaard Beweginginterventie chronische pijn. Uitgave september 2014
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Standaard Beweginginterventie oncologie. Uitgave oktober 2011
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF - Standaard Beweginginterventie Chronisch obstructieve longziekten. Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 2008;118(4) Beroepsprofiel Algemeen Fysiotherapeut, KNGF 2014
- Kortelevé V. Shared decision making en shared approach: Over professionele fysiotherapeutische communicatie. Physios 3 - 2015
- Kwaliteit in Zicht, Alliantie chronisch zieken (Astmafonds, de Hart&Vaatgroep, Diabetesvereniging Nederland en de Reumapatiëntenbond). Kwaliteitscriteria bewegingactiviteiten voor mensen met een chronische ziekte, juni 2011 <http://www.programmakwaliteitinzicht.nl/> (geraadpleegd op 13 maart 2015)
- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 2012; 380(9838):219-229.
- Meer, E.M. van der, BMC, Verkenning kosten en baten van fysiotherapie bij de behandeling van Reumatoïde Artritis, Artrose, Osteoporose, Claudicatio Intermittens en COPD, 2012
- Metsios GS, Stavropoulos-Kalinoglou A, van Zanten JV, Treharne GJ, Panoulas VF, Douglá KM, Kitas GD. Rheumatoid arthritis, cardiovascular disease and physical exercise: a systematic review. *Rheumatology* 2008; 47(3):239-248
- NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie- uitwisseling , 2012
- NHG-Standaard Fractuurpreventie, 2012
- NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden, 2014
- NHG-Zorgmodules Leefstijl, 2015
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 2008;67:2072-2078
- Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Hopman-Rock M. Bewegen in Nederland 2000-2005. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Hopman-Rock M. (Red.). Trendrapport Bewegen en gezondheid 2004/2005 Hoofddorp/Leiden: TNO, 2007
- Panhuis-Plasmans M, Luijben G, Hoogenveen R. Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2. RIVM,2012
- Pederson B, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 2006; 16:3-63. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, 1996
- Physical activity guidelines advisory committee report. Washington, DC Department of Health and Human Services, 2008
- Proper KI, Singh AS, van Mechelen W, Chin A Paw MJM. Sedentary behaviors and health outcomes among adults. A systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*, 2011; 40(2):174-182.
- Schuler G, Adams V, Goto Y. Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives. *Eur Heart J*, 2013;34(24):1790
- Sedentary Behaviour Research Network. Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Appl Physiol Nutr Metab*, 2012; 37:540-2.

- Sesso H, Paffenbarger RS, Lee IM. Physical activity and coronary heart disease in men the Harvard Alumni Health Study. *Circulation* 2000; 102(9):975-980
- Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, Castaneda-Sceppa C. Physical activity/exercise and type 2 diabetes. *Diabetes care* 2004; 27(10):2518-2539.
- Sportersmonitor, NISB 2011
- Taylor NF, Dodd KJ, Shields N, Bruder A. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: a summary of systematic reviews 2002-2005. *Aust J Physiother*, 2007;53(1):7-16
- Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, Peduzzi PN. Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 2011;59(9):1686-91
- Turesson C, Jacobsson LT, Matteson EL. Cardiovascular co-morbidity in rheumatic diseases. *Vascular health and risk management* 2008; 4(3):605TNO & Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Inleiding bij de KNGF-standaarden Beweeginterventies. 2009
- Twickler ThB, Hoogstraaten E, Reuwer AQ, Singels L, Stronks K, Essink-Bot ML. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2009;153:A250
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta: 1996
- Van Campen C. Gezond en wel met een beperking. Den Haag: SCP, 2006
- Van der Leeden M. Het vastleggen van comorbiditeit. *FysioPraxis*, 2011; 10:30
- Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Overweight and obesity and weight change in middle aged men: impact on cardiovascular disease and diabetes. *Journal of epidemiology and community health* 2005; 59(2):134-139Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006; 174(6):801-809
- Wendel-Vos GCW. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke activiteit? Bilthoven: RIVM2008c; 2008

Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

NNGB voor volwassenen van 18 tot 55 jaar

Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 4 METs) op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn wandelen met 5-6 km/uur (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/uur.

NNGB voor volwassenen ouder dan 55 jaar

Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 3 METs) op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week; voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging zinvol, ongeacht duur, intensiteit frequentie of type. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn wandelen met 3-4 km/uur en fietsen met 10 km/uur.

NB De NNGB is niet gevalideerd voor mensen met een chronische aandoening

Krachtenorm

Voor ouderen geldt een krachtenorm van minimaal twee keer per week krachtoefeningen.

Fitnorm

De Fitnorm geeft aan welk niveau gewenst is om de cardiovasculaire conditie op peil te houden. Voor alle leeftijdscategorieën geldt dat men hiervoor ten minste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve activiteit verricht.

Combinorm

De Combinorm is (meestal) het uitgangspunt van beleid. De combinorm is een combinatie van de NNGB en de Fitnorm. Iemand voldoet aan de combinorm wanneer hij/zij aan ten minste één van de beide genoemde normen voldoet.

Inactiviteit

Volwassenen (18 jaar en ouder) die op geen enkele dag per week voldoende actief (minstens 30 minuten matig intensief lichamenlijk actief) zijn.

Beweegprofessional: een professionele trainer, coach, fitnessinstructeur of sportbegeleider die buiten de kaders van de reguliere gezondheidszorg mensen helpt om verantwoord te bewegen of de lichamelijke conditie te verbeteren.

Beweezorgprofessional: een BIG-geregistreerde fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts of revalidatiearts.

Chronische aandoeningen: Onomkeerbare aandoeningen met een relatief lange duur zonder uitzicht op - volledig - herstel. Chronische aandoeningen kunnen levensbedreigend zijn, periodiek terugkerend of psychisch van aard.

Geïndiceerde preventie: Interventies die erop gericht zijn het risico op het ontstaan van een chronische aandoening te verminderen.

Gezondheidsvaardigheden: De mate waarin iemand aandacht heeft voor gezondheid en in staat is om hierover informatie te verzamelen, te begrijpen en toe te passen.

Hoog risico op chronische aandoeningen: Meerdere risicofactoren bijeen die kunnen leiden tot een chronische aandoening.

Lichamelijke fitheid: Een uitkomstmaat die bepaald wordt door een combinatie van spierkracht, coördinatievermogen en uithoudingsvermogen.

Multi- en comorbiditeit: Bij multimorbiditeit zijn er meerdere aandoeningen tegelijk aanwezig. Wanneer meerdere aandoeningen gerelateerd zijn aan één (chronische) aandoening is er sprake van comorbiditeit.

Nederlandse Norm Gezond Bewegen: Deze norm geeft de duur, de frequentie en de intensiteit van bewegen aan die nodig is om de gezondheid te onderhouden.

Sedentair gedrag: Lichamelijke activiteiten die gekenmerkt worden door een laag energieverbruik ($\leq 1,5$ MET) in combinatie met een zittende of liggende houding (maar niet slapend).

Self-efficacy: De mate waarin een patiënt zichzelf in staat acht om zijn doelen te behalen.

Stepped care: De begeleiding begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare variant, die past bij de diagnose en persoonlijke zorgbehoefte.

Zelfmanagement: Het zodanig omgaan met (de risico's op) een chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement is effectief wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven.

Zorggerelateerde preventie: Interventies die erop gericht zijn een zo gunstig mogelijk verloop van de aandoening te bevorderen.

Zorgmodule Bewegen: Deze beschrijft de inhoud, organisatie en kwaliteit van de generieke beweegzorg in het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening. De inhoud van de Zorgmodule is gebaseerd op richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en kwaliteitsnormen, vanuit professioneel- en patiëntperspectief.

Zorgprofessional: Zorgverleners met (minimaal) algemene expertise op het gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en verwijzing, en die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening zoals huisartsen, leefstijlprofessionals, gespecialiseerd verpleegkundigen en praktijkondersteuners.

BIJLAGE 4 KERNGROEP EN KLANKBORDGROEP

Kerngroep	
Patiëntenfederatie NPCF	Kirsten Bornebroek Josine van der Kraan
Nederlands Huisartsen Genootschap	Jacques Geraets
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	Helmie Mulder-Mertens
Onderzoeker Beweegzorg (Hanzehogeschool Groningen)	Annemiek Bielderma
Zorgverzekeraars Nederland (t.b.v. implementatie)	Martien Bouwmans
Voorzitter	Helene Voogdt
Klankbordgroep	
Nederlandse Obesitas Vereniging	Anja Mulder
Reumafonds	Nique Lopuhaä
Longfonds	Bas Holverda
De Hart&Vaatgroep	Daphne Bloemkolk
Patiëntenbeweging Levenmetkanker	Laurence Maes
Poly-artrose lotgenoten vereniging	Etty Kruiswijk-van Ooyen
Vereniging Spierziekten Nederland	Inge Vos
Diabetes Vereniging Nederland	Angela de Rooij-Peek
Platform Vitale Vaten	Carola de Ridder
Nederlandse Diabetes Federatie	Corrine Brinkman
Long Alliantie Nederland	Alex van 't Hul
Partnership Overgewicht Nederland	Salmara Akihary Françoise Klessens
Nederlandse vereniging voor diëtisten	Wineke Remijnse
Nederlandse vereniging van praktijkondersteuners	Carola de Ridder
Nederlandse Vereniging voor Leefstijl Professionals	Rutger Bennink
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck	Salmara Akihary
Nederlandse Orthopaedische Vereniging	Chris van de Togt
Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde	Rosaline Bakker-Rens
Nederlandse Verenigingen voor artsen van longziekten en tuberculose	Pieter Broos
Vereniging van Revalidatieartsen	Valesca Venhof
Nederlandse Internisten Vereniging	Françoise Klessens
Vereniging van Sportgeneeskunde	Hans Smid
V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners	Gerda Keizer Angela Mulders
InEen	Frederik Vogelzang
NOC*NSF	Jan Minkhorst
Fit!Vak	Ronald Wouters
Stichting Onbeperkt Sportief	Hans Leutscher
Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen	Patrick Rijnbeek
RIVM	Laura Cloostermans
CBO	Sarah Pos
Zilveren Kruis – voorheen Achmea	Saskia van der Linden
VGZ	Anne te Molder
Menzis (agendalid)	Sven van Steijn

BIJLAGE 5 WEBSITES

Kwaliteitsinstituut <ul style="list-style-type: none"> • Model voor de kwaliteitsstandaarden • Toetsingskader kwaliteitsstandaarden • Overzicht ontwikkelde zorgstandaarden en zorgmodules • Transparantiekalender • Overzicht en toets criteria Informatiestandaarden 	www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/het+kwalityetsinstituut www.zorginzicht.nl/bibliotheek/nhg-kngf-informatiestandaard-voor-gestructureerde-informatie-uitwisseling-huisarts-fysiotherapeut/Paginas/Home.aspx
Zorginstituut Nederland <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeringswet • Chronische lijst 	www.zorginstituutnederland.nl/
Beweginginterventies in het publieke domein	www.loketgezondleven.nl/interventies/ www.nisb.nl/doen.html Sites van (lokale) sportloketten (vindbaar via internet zoekmachine)
Patiënten- en beroepsorganisaties in klankbordgroep	
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	www.kngf.nl/ www.defysiotherapeut.com/
Nederlands Huisartsengenootschap	www.nhg.org/
Nederlandse patiënten- en consumentenfederatie	www.npcf.nl/
Obesitas Vereniging	www.obesitasvereniging.nl/
Reumafonds	www.reumafonds.nl/
Longfonds	www.longfonds.nl/
De Hart&Vaatgroep	www.hartenvaatgroep.nl/
Patiëntenbeweging Levenmetkanker	www.kanker.nl/organisaties/levenmetkanker-beweging
Poly-artrose lotgenoten vereniging	poly-artrose.nl/
Vereniging Spierziekten Nederland	vsn.nl/
Diabetes Vereniging Nederland	www.dvn.nl/
Platform Vitale Vaten	www.vitalevaten.nl/
Nederlandse Diabetes Federatie	www.diabetesfederatie.nl/
Long Alliantie Nederland	www.longalliantie.nl/
Partnerschap Overgewicht Nederland	www.partnerschapovergewicht.nl/
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck	www.vvocm.nl/
Nederlandse vereniging voor diëtisten	www.nvdietist.nl/
Nederlandse vereniging van praktijkondersteuners	www.nvvpo.nl/
Nederlandse Vereniging voor Leefstijl Professionals	www.nblp.nl/
Nederlandse Orthopaedische Vereniging	www.orthopeden.org/
Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde	www.nvab-online.nl/
Nederlandse Verenigingen voor artsen van longziekten en tuberculose	www.nvalt.nl/

Vereniging van Revalidatieartsen	www.revalidatiegeneeskunde.nl/
Nederlandse Internisten Vereniging	www.internisten.nl/
Vereniging van Sportgeneeskunde	www.sportgeneeskunde.com/
V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners	www.praktijkverpleegkundigen-praktijkondersteuners.nl/
InEen	www.ineen.nl/
NOC*NSF	www.nocnsf.nl/
Fit!Vak	fitvak.com/
Stichting Onbeperkt Sportief	www.onbeperkt sportief.nl/
Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen	www.nisb.nl/
ZN	www.zn.nl/
CBO	www.cbo.nl/
RIVM	www.rivm.nl/
Achmea	www.achmea.nl/
VGZ	www.vgz.nl/
Menzis	www.menzis.nl/
Overige relevante sites	www.meetinstrumentenzorg.nl www.beterinhetgroen.nl www.zorgvoorbeweging.nl www.defysiotherapeut.com www.sportzorg.nl www.loketgezondleven.nl www.oefentherapeut.nl www.nictiz.nl www.gezondin.nu/home www.kiesbeter.nl/ www.keurmerkfitness.nl : https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/RUGklachten%20RL_0.pdf www.scascertificering.com/certificeringstrajecten/algemene-informatie.aspx www.npcf.nl/pgd-kader-2020 www.bit.ly/1QXfw8q www.fysionetwerken.nl/werkgroep/40-ketenzorg-informatie-systemen/forum/discussie/1394-concept-autorisatie-matrices-diabetes-copd-en-cvrm

Voldoende bewegen is belangrijk. Het zorgt voor een betere gezondheid, je voelt je beter, en je kunt meer. Maar bijna een derde van alle volwassen Nederlanders beweegt niet genoeg. Voor mensen met een (hoge kans op een) chronische ziekte is bewegen nog belangrijker. Voldoende bewegen verlaagt het risico om een chronische ziekte te krijgen. En voldoende bewegen voorkomt ook dat een chronische ziekte erger wordt. Toch beweegt ongeveer de helft van de mensen met (een hoog risico op) een chronische ziekte niet genoeg. Daarom moet er in de gezondheidszorg speciaal aandacht zijn voor bewegen voor mensen met (een hoog risico op) een chronische ziekte.

Deze Zorgmodule Bewegen beschrijft hoe zorgverleners patiënten het beste kunnen helpen bij bewegen. Mensen moeten in eerste instantie zelf voldoende bewegen, zonder dat daar zorgverleners voor nodig zijn. Bewegen kan bijvoorbeeld in de natuur of bij een sportvereniging. Gemeentes zorgen voor genoeg plekken waar je goed kunt bewegen. Mensen met een (hoog risico op) een chronische ziekte kunnen ook advies krijgen van hun zorgverlener over gezond leven en voldoende bewegen. Als er medische redenen zijn waarom voldoende bewegen lastig is, kunnen mensen daar hulp bij krijgen. Dat kan een gespecialiseerd beweegadvies zijn. Maar als het nodig is, kan ook begeleiding bij het bewegen worden geadviseerd.

Deze Zorgmodule Bewegen beschrijft in het algemeen wanneer mensen welke hulp nodig hebben bij beweegactiviteiten. Deze Zorgmodule gaat niet over specifieke ziektes. Hiervoor bestaan de ziekte specifieke zorgstandaarden, waarop deze module een aanvulling vormt.

Dankzij deze Zorgmodule Bewegen en in combinatie met de specifieke zorgstandaarden kunnen zorgverleners de zorg bieden die nodig is. Mensen krijgen de hulp die ze nodig hebben, en leren als dat kan uiteindelijk om zelfstandig verder te gaan met bewegen.

Hoe deze beweegzorg betaald wordt is nog niet in alle gevallen duidelijk. Sommige onderdelen worden vergoed uit de Zorgverzekeringswet, maar niet allemaal. Een aantal partijen gaan binnenkort nog verder bekijken waar alle soorten beweegzorg uit betaald moet worden.