



Gedragsverandering bij chronisch zieken

Hoe breng je chronisch zieken blijvend in beweging?

Inzichten uit de literatuur en van experts en sport- en beweegaanbieders gebundeld

Colofon

Titel

Gedragsverandering bij chronisch zieken
Hoe breng je chronisch zieken blijvend in beweging?

Rapportage

Johan Steenbergen
Meike Elfring

Een rapportage opgemaakt door Kennispraktijk (www.kennispraktijk.nl). Kennispraktijk adviseert bedrijven, overheden en instellingen die zich bezighouden met sport & bewegen, onderwijs en gezondheid.

© 2013

Opdrachtgever

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen

Met dank aan...

De actieve medewerking en open houding van de experts en sport- en beweegprofessionals bij de deelname aan dit onderzoek.

Inhoud

Inleiding.....	4
1. Chronisch zieken, over wie hebben we het?.....	6
2. Gedragsveranderingsmodellen	9
2.1 Belangrijke gedragsveranderingsmodellen	9
2.2 Concluderend	18
3. Het blijvend in bewegen brengen van chronisch zieken	19
3.1 Succesfactoren.....	19
3.2 Valkuilen om het in beweging brengen van de groep chronisch zieken	26
Hoofdstuk 4: Ervaringen sport- en beweegaanbieders.....	30
4.1 Samenstelling onderzoeksgroep.....	30
4.2 Chronische aandoening	30
4.3 Sport- en beweegaanbod voor chronisch zieken	31
4.4 Begeleiding van chronisch zieken	32
4.5 Gedragsbeïnvloeding	32
4.6 Behoeftte aan ondersteuning	35
5. Bouwstenen voor sport- en beweegaanbieders	37
Literatuur.....	41
Bijlage 1: Experts	43
Bijlage 2: Sport- en beweegprofessionals.....	44
Bijlage 3: Gedragsmodellen.....	45

Inleiding

Onder andere vanuit de ervaringen van de Beweegkuur, maar ook uit de literatuur, is bekend dat het moeilijk is mensen met een chronische aandoening, zoals obesitas, diabetes mellitus type 2, hart- en vaatandoeningen, COPD, te motiveren om te gaan bewegen en ze (blijvend) in beweging te houden. Nu is uit tal van onderzoek bekend dat het beïnvloeden en behouden van bijvoorbeeld gezond gedrag al lastig is, maar bij de groep chronisch zieken, met vaak weinig beweeghistorie is dit vaak, om tal van redenen en door verschillende oorzaken, nog lastiger. De lokale sport- en beweegaanbieder speelt een belangrijke rol in de beïnvloeding van deze groep, die veelal in de eigen leefomgeving (buurt, wijk) willen bewegen en sporten.

Doelen en vragen

Uiteindelijk doel van dit onderzoek is het bieden van bouwstenen die zijn te gebruiken voor de ontwikkeling van praktische handvatten voor de lokale sport- en beweegaanbieder aan de hand waarvan volwassenen met (een hoog risico op) een chronische, niet overdraagbare aandoening beter begeleid kunnen worden naar duurzaam bewegen (c.q. beweeggedrag).

Om deze doelstelling te realiseren zijn, in dit onderzoek, de volgende stappen doorlopen:

1. Literatuuronderzoek van geringe omvang naar de belangrijkste gedragsmodellen.

In de (wetenschappelijke) literatuur zijn de laatste decennia tal van gedragsmodellen ontwikkeld, bestaande uit tal van factoren en determinanten die zicht geven op hoe gedrag te veranderen en te behouden. Veelal gaat het hier om specifieke toespitsingen op mensen die 'hardnekkig' zijn om een gedragsverandering in te zetten en te behouden. Hierbij kan worden gedacht aan 'gezond eten', 'minder roken', 'minder snel rijden', 'meer bewegen', 'houden aan de regels van sportiviteit & respect'. De belangrijkste gedragsmodellen worden systematisch op een rij gezet en steeds kort toegelicht. Doel van deze stap is zicht te krijgen op de belangrijkste gedragsmodellen die binnen de wetenschap zijn ontwikkeld en worden gebruikt om gedrag van mensen te veranderen/beïnvloeden. Het gaat hier niet om een systematische en uitputtende review, maar een werkbaar overzicht van belangrijke gedragsmodellen.

2. Consultatie van experts.

Er zijn verschillende experts bevraagd vanuit de wetenschap, zorg, sport en de fitness die expliciet werken met gedragsmodellen. Aan deze experts zijn tal van vragen voorgelegd over de toepasbaarheid van deze modellen. Het gaat er dus niet om alle ins en outs van deze modellen te bespreken, maar vooral welke gedragsmodellen het meest in aanmerking komen voor toepassing voor de groep chronisch zieken, met weinig beweeghistorie (zie bijlage 1 voor de experts met wie de gesprekken zijn gevoerd).

3. Bevragen van professionals vanuit 'de' praktijk.

De verwachting is dat expliciet 'denken en handelen' vanuit gedragsmodellen meer gemeengoed is binnen bijvoorbeeld de wetenschap dan binnen sport- en beweegpraktijken als sportverenigingen, fitnesscentra of fysiotherapiepraktijken. Er zijn met verschillende professionals uit de sport- en beweegwereld gesprekken

gevoerd over de toepasbaarheid van modellen, maar vooral ook welke factoren al dan niet bij kunnen dragen aan het succesvol beïnvloeden en behouden van beweeggedrag (zie bijlage 2 voor de sport- en beweegprofessionals met wie gesprekken zijn gevoerd).

4. Iets uitgebreider onderzoek naar verandering van gedrag van deze groep.

In de voorgaande stappen (2 en 3) hebben we al goed zicht verkregen op de toepasbaarheid van de gedragsmodellen en de factoren die al dan niet bijdragen aan het beïnvloeden van het beweeggedrag van deze groep. Deze gesprekken hebben verdiepende informatie opgeleverd, maar het betreffen hier twee groepen met een gering aantal experts en sport- en beweegaanbieders. Om een iets 'vollediger' beeld te krijgen, is er ook een online onderzoek uitgezet onder een groep sport- en beweegaanbieders (preventiecentra, fysiotherapiecentra en sportverenigingen).

Bouwstenen ten behoeve van praktische handvatten

Voorgaande vier stappen gezamenlijk dienen bouwstenen op te leveren voor de ontwikkeling van praktische handvatten voor de lokale sport- en beweegaanbieders die aan de hand hiervan mensen met een chronische aandoening en weinig beweeghistorie beter kunnen begeleiden richting blijvend beweeggedrag/naar duurzaam bewegen.

Leeswijzer

Deze rapportage bestaat uit vijf hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt iets meer gezegd over de specifieke kenmerken van de groep mensen met een chronische, niet overdraagbare aandoening met weinig beweeghistorie. In het tweede hoofdstuk zullen de belangrijkste gedragsmodellen kort worden beschreven en, waar mogelijk, gevisualiseerd. Ook geven we weer wat de geïnterviewden van de modellen vinden. In het derde hoofdstuk zetten we de belangrijkste succes- en faalfactoren om de groep chronisch zieken te beïnvloeden systematisch op een rijtje. Deze factoren zijn gehaald uit de interviews met experts en sport- en beweegprofessionals. Hoofdstuk vier bestaat vooral uit de resultaten van het online onderzoek en waar mogelijk gelardeerd met de bevindingen uit de interviews met sport- en beweegprofessionals. We eindigen met het formuleren van tal van bouwstenen die door NISB zijn te gebruiken bij het bieden van handvatten voor sport- en beweegprofessionals.

1. Chronisch zieken, over wie hebben we het?

In dit hoofdstuk worden chronische aandoeningen in het algemeen besproken en gaan we kort in op problemen die bij veel van deze aandoeningen voorkomen. Deze informatie wordt ondersteund met enkele cijfers over chronisch zieken in Nederland. Aangezien sporten en bewegen bij mensen met een chronische aandoening centraal staat in dit rapport zal hier extra aandacht naar uitgaan.

Acute versus chronisch

Om goed te begrijpen over welke groep mensen we het hebben is het belangrijk het onderscheid tussen een acuut gezondheidsprobleem en een chronisch gezondheidsprobleem te kunnen maken.

Acute gezondheidsproblemen beginnen vaak plotseling, met meestal ook nog één duidelijke oorzaak. Vaak duren ze kort en zijn ze te verhelpen met medicatie of een operatie. Bij een chronisch gezondheidsprobleem is dit anders. Dit probleem begint langzaam en wordt steeds erger. Vaak hebben chronische aandoeningen ook meerdere oorzaken. Deze oorzaken kunnen ook nog wisselen tijdens het verloop van de aandoening. Oorzaken waar aan gedacht moet worden zijn erfelijkheid, levenswijze (roken, gebrek aan beweging, slechte eetgewoonten) en blootstellingen aan omgevingsfactoren.¹

Het verloop van een chronische aandoening is vaak lastig te voorspellen. Een chronische aandoening leidt meestal tot blijvend verlies van lichamelijke conditie terwijl bij een acute aandoening meestal volledig herstel optreedt.

Hieronder staat in een schema beknopt het verschil weergegeven tussen een acute en chronische aandoening.

	Acute aandoening	Chronische aandoening
Begin	Plotseling	Geleidelijk
Oorzaak	Meestal één	Meerdere
Duur	Kort	Levenslang
Diagnose	Meestal duidelijk	Vaak onduidelijk, zeker in begin
Onderzoek	Veelal beslissend	Veelal beperkt resultaat
Behandeling	Meestal genezing	Meestal geen genezing
Rol arts	Vaststellen en geven van behandeling	Staat naast de patiënt met kennis en raad
Rol patiënt	Opvolgen van voorschriften	Staat naast de arts en is zelf verantwoordelijk voor de dagelijkse omgang met de aandoening.

2

Soorten chronische aandoeningen

Er zijn verschillende soorten chronische aandoeningen. Het gaat te ver deze hier allemaal uitgebreid te beschrijven. Veel voorkomende chronische aandoeningen zijn diabetes, artrose, reumatische aandoeningen, COPD/astma, depressie en hart- en vaatziekten. Er zijn in Nederland relatief veel mensen met een chronische

¹ RUG & AZG, 2003

² RUG & AZG, 2003

aandoening. Ongeveer 33% van de Nederlanders heeft één of meerdere chronische aandoeningen. Mensen boven de 50 jaar hebben vaker last van een chronische aandoening dan mensen jonger dan 50 jaar (45% versus 27%). Artrose is een veel voorkomende chronische aandoening maar ook hart- en vaataandoeningen en COPD/astma komen vaak voor.³

Gevolgen chronische aandoening

Hoewel de biologische oorzaken van chronische aandoeningen verschillen, zijn de problemen voor de patiënten vaak hetzelfde. Mensen met een chronische aandoening hebben vaak pijn en zijn vaak snel moe waardoor ze niet altijd kunnen doen wat ze graag willen. Hierdoor neemt hun lichamelijke conditie nog verder af. Ook worden mensen met een chronische aandoening door de onvoorspelbaarheid van hun aandoening vaak onzeker over de toekomst en voelen ze zich hulpeloos en soms ook somber en neerslachtig.⁴

In onderstaand schema wordt voor enkele chronische aandoeningen een overzicht gegeven van de problemen die bij deze chronische aandoeningen veel voorkomen.

Chronische aandoening	Pijn	Moeheid	Kortademigheid	Lichamelijk functioneren	Emoties
Reuma	X	X		X	X
Astma en andere longaandoeningen		X	X	X	X
Kanker	X	X		X	X
Hartfalen		X	X	X	X
Diabetes	X	X		X	X
Hartaandoeningen	X	X	X	X	X
Hersenbloeding (CVA)		X		X	X

5

Uit het schema blijkt, zoals al eerder werd aangegeven, dat ondanks dat de oorzaken van de aandoeningen verschillen de problemen veelal hetzelfde zijn.

Sporten en bewegen met een chronische aandoening

De rapportage richt zich op het blijvend in beweging brengen van chronisch zieken. Hoeveel sport en bewegen chronisch zieken eigenlijk en worden zij hierin beperkt door hun aandoening? In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deze vragen. Gemiddeld genomen voldoen mensen met een aandoening of handicap ongeveer even vaak aan de beweegnormen (NNGB, Fitnorm, Combinorm) als mensen zonder beperking. Onder de jeugd (15-23 jaar) is er wel verschil te zien; jongeren zonder handicap of aandoening voldoen duidelijk vaker

³ Mulier Instituut, 2011

⁴ RUG & AZG, 2003

⁵ RUG & AZG, 2003

aan de NNGB dan mensen met een aandoening of handicap (60% versus 38%).⁶ Uit onderstaande tabel 1 blijkt dat de soort aandoening niet zo'n hele grote invloed heeft op het wel of niet behalen van de beweegnormen.

Tabel 1: Relatie tussen aandoeningen en beweegnormen (%)

	Totaal	Diabetes type 1 of 2	Artrose / slijtage van gewricht en	Andere chronische pijn klachten	Reu- matisch	COPD / astma (lucht weg)	De- pressie	Hart- en vaat aandoeningen	Andere chr. ziekte
	(n= 4.151)	(n= 208)	(n= 430)	(n= 364)	(n= 210)	(n= 286)	(n= 124)	(n= 253)	(n= 414)
NNGB	54	46	53	52	54	51	50	49	47
Fitnorm	38	36	35	40	36	37	51	31	33
Combinorm	66	61	64	64	65	62	69	61	56
Inactief	4	7	8	7	7	9	6	7	7

Mensen met diabetes voldoen hier iets minder aan (46%). Aan de Fitnorm voldoen mensen met een depressie het vaakst (51%) en mensen met hart- en vaataandoeningen het minst vaak (31%). Het meest inactief zijn mensen met artrose (8%) en mensen met COPD (9%).⁸

Mensen met een chronische aandoening geven wel aan belemmerd te worden bij het sporten en bewegen. Zo geeft de helft (51%) aan zich licht belemmerd te worden bij het sporten en bewegen door de aandoening of handicap en een derde (34%) voelt zich zelfs sterk belemmerd door hun aandoening of handicap. Verder blijkt dat mensen met artrose, andere chronische aandoeningen, reuma en depressie het vaakst aangeven zich sterk belemmerd te voelen bij het sporten en bewegen en het minst vaak zich niet belemmerd te voelen. Als er wordt gekeken naar de groep die aangeeft sterk belemmerd te worden in het sporten en bewegen door hun aandoening of handicap dan valt ook op dat in deze groep relatief veel mensen inactief zijn.⁹

⁶ Mulier Instituut, 2011

⁷ Mulier Instituut, 2011

⁸ Mulier Instituut, 2011

⁹ Mulier Instituut, 2011

2. Gedragsveranderingsmodellen

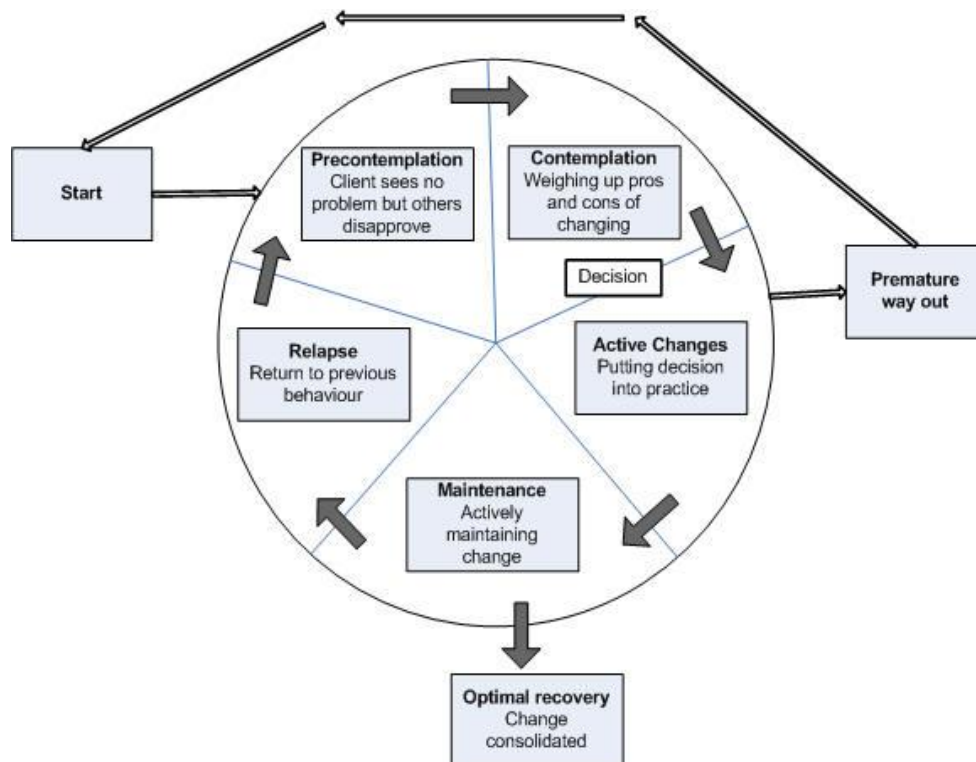
In de (wetenschappelijke) literatuur zijn heel veel verschillende gedragsmodellen te vinden. In dit hoofdstuk beperken we ons tot het bespreken van de belangrijkste modellen. Door middel van een korte weergave van het model en de belangrijkste karakteristieken van de modellen geven worden deze modellen besproken. In de interviews met de experts en sport- en beweegprofessionals hebben we gevraagd welke modellen men kent en hoe de toepasbaarheid hiervan voor de groep 'chronisch zieken met weinig beweeghistorie' is. Bij de bespreking van de modellen geven we dan ook steeds weer wat de experts en sport- en beweegprofessionals hier al dan niet over hebben gezegd. De modellen die worden besproken in dit hoofdstuk zijn gevonden door middel van een kort onderzoek. Dit onderzoek heeft echter niet de pretentie volledig/uitputtend te zijn. Het zijn de modellen die vaak worden toegepast in het begrijpen of zelfs het verklaren van gedrag.

2.1 Belangrijke gedragsveranderingsmodellen

Er worden verschillende gedragsmodellen toegepast om het menselijk gedrag te begrijpen of zelfs de verklaren. We geven hier de meest toegepaste gedragsmodellen weer.

Stages of Change (transtheoretisch model)

Eén van de eerste 'Stages of Change modellen' is dat van Prochaska (vgl. Prochaska & Marcus, 1994). In hun zogenoemde *Transtheoretisch* model stellen ze dat individuen vijf verschillende stadia doorlopen in de aanloop naar volledige gedragsverandering c.q. gedragsbehoud (zie figuur 1.).



Figuur 1: Stages of Change

Dit model is oorspronkelijk ontwikkeld om rookgedrag te begrijpen en te verklaren. Later paste men het model ook regelmatig toe op bewegen en gezondheid. In dit model worden zes fasen (of stadia) onderscheiden die in chronologische volgorde staan:

- *Precontemplatiefase*. Hierin heeft een individu een probleem maar hij of zij overweegt nog niet om binnen de 6 maanden zijn gedrag te veranderen.
- *Contemplatiefase*. De persoon heeft zijn gedrag nog steeds niet veranderd. In deze fase zullen mensen zich oriënteren en overwegen om hun gedrag op korte termijn te veranderen. Over hoe dit precies kan worden bereikt, heeft men echter nog niet nagedacht.
- *Preparatiefase*. begint men actief gedragsverandering te overwegen en maakt men zich klaar om in de nabije toekomst te veranderen (bijvoorbeeld naar de sportschool gaan, tussen de middag wandelen).
- *Actiefase*. Men is overgegaan tot actie. Het gewenst gedrag is op een succesvolle manier aangepast voor een periode van één tot zes maanden. Ze zijn net begonnen met dit gedrag, waardoor er ook nog een grote kans bestaat dat ze terugvallen in oude patronen (niet bewegen, te veel eten, te veel roken)
- *Behoudfase*. Iemands gedrag is echt veranderd en kan hij dit op een succesvolle manier volhouden gedurende de volgende zes maanden en meer. Iemand heeft de zogenoemde behoudfase bereikt
- *Terugvalfase*. Men kan echter ook hervallen in zijn vroegere gedrag, waardoor er dus een terugval is naar het oude gedrag.

Dit model heeft als grondgedachte dat iemands gedrag niet impulsief tot stand komt, maar steeds gaat het om een wikkelen en wegen van de voor- en nadelen om vervolgens over te gaan naar de volgende fase. Bij dit model wordt dus gekozen voor een rationele benadering.

Visie van experts en sport- en beweegprofessionals

Hoe denken de experts en sport- en beweegprofessionals over dit model?

- Van alle modellen is dit model het meest bekend onder de groep sport- en beweegprofessionals.
- De sport- en beweegprofessionals geven aan dat ze wel degelijk herkennen dat mensen met een chronische aandoening en weinig beweeghistorie verschillende stadia doorlopen. *“Ze weten niet altijd welke positieve effecten bewegen heeft op hun aandoening. Vooral de wat ouderen mensen zijn niet opgegroeid met het belang van bewegen op verschillende aspecten van de gezondheid.”* Een andere sport- en beweegprofessional stelt: *“Ik zie soms mensen heel vaak komen en dan zijn ze een tijdje uit het oog verdwenen en zie je ze niet terug. Vaak blijkt dan dat ze eigenlijk nog maar kort bezig waren en we ze iets te snel hebben losgelaten ... ze zaten nog niet in de behoudfase, maar zaten nog volop in de fase van net het veranderende gedrag.”*
- Enkele sport- en beweegprofessionals geven aan de verschillende fases te herkennen, maar geven aan dat het goed zou zijn om wat tools te krijgen over wat te doen in welke fase. Een professional van een

fitnesscentrum stelt: *“Ik vind het model wel toepasbaar, maar zoek soms naar wat in welke fase te doen. Moet ik bijvoorbeeld in fase 1 vooral inlichting geven en later meer coachen? Ik zou daar wel meer over willen weten! Ook of het doorlopen van iedere fase bij iedereen gelijk is qua duur. Is bij iedereen de 6 maanden kritisch of moeten mensen met een chronische aandoening langer wennen aan de belasting en ingezette verandering?”*

- Omgevingsfactoren te weinig in beeld. Twee experts stellen dat er in dit model wat te weinig aandacht is voor de omgevingsfactoren: ‘Wat in dit model wat minder of geheel niet aan de orde komt zijn de sociale en fysieke omgevingsfactoren. De rol van sociale invloed en op welke manier de fysieke omgeving invloed heeft op gedrag, komen in dit model wat te weinig aan de orde.’

Self Determination Theory (SDT)

Een model dat vaak wordt aangewend om te begrijpen of zelfs verklaren waarom mensen de ene activiteit of gedrag wel volhouden en het andere niet, is het zogenoemde Self Determination Theory (SDT, Deci & Ryan, 1985). De kern van deze theorie bestaat uit drie componenten: (i) autonomie, (ii) verbondenheid en (iii) competentie. Kort iets over deze drie componenten.

1. Autonomie

In hoeverre heb ik zelf het idee de regie te hebben over mijn eigen gedragingen, brengt iets tot uitdrukking over autonomie c.q. de zelfbeschikking van mensen. Is bijvoorbeeld iemand zelf degene die meer wil bewegen, gezonder eten of komt deze houding voort uit het feit dat de arts dit wil? Op het moment dat iemand het gevoel heeft (meer) controle te hebben over het eigen gedrag, ervaart deze autonomie en ook eerder genegen meer te bewegen/zich gezonder te gedragen.

2. Verbondenheid (Relatedness).

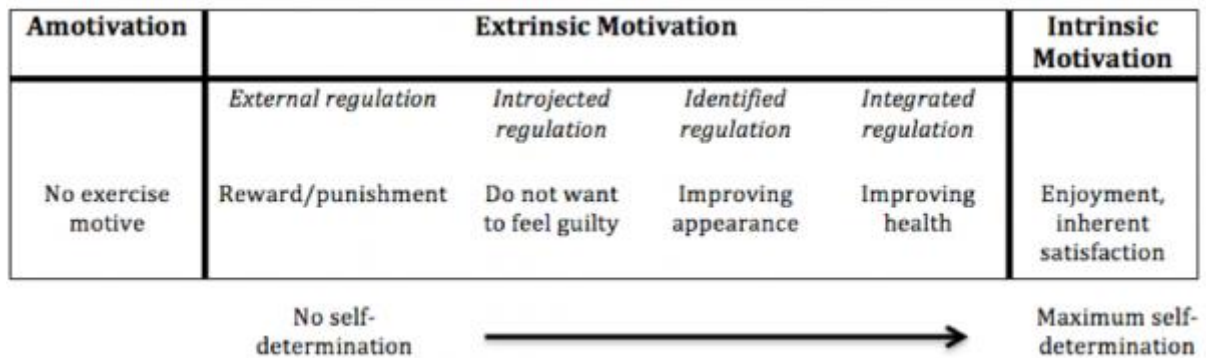
Verbondenheid heeft betrekking op de ervaren sociale ondersteuning en de zorg die iemand ervaart bij het veranderen en behouden van gedrag. Iemand die wil gaan veranderen heeft een positieve support van anderen nodig, wat ook het belang van sociale omgeving impliceert. Indien bijvoorbeeld iemand wil veranderen, maar deze ervaart geen ondersteuning van ‘belangrijke anderen’ dan zal het gewenste gedrag minder snel optreden.

3. Competentie

Competentie gaat over in hoeverre iemand het idee heeft zelf effectief te zijn. Hier is ook het concept *self perceived competence* van belang, de zogenoemde ‘zelf waargenomen vaardigheden’. Op het moment dat iemand ziet dat hij iets kan of tot stand kan brengen dan draagt dit bij aan de intrinsieke motivatie: ‘ik kan zelf weer iets op eigen kracht’. Hier is het dus ook belangrijk – belangrijke rol van de sport- en beweegaanbieder - dat er oefeningen/activiteiten worden aangeboden die iemand goed kan uitvoeren, anders ontstaat (faal)angst.

De aard en mate waarbij in het beïnvloeden en behouden van gedrag deze drie componenten aanwezig zijn, maakt of iemand het gedrag al dan niet laat zien en volhoudt. Indien bijvoorbeeld iemand zelf wil veranderen, hij hierin wordt gesteund door anderen en ook nog ervaart dat hij ervaart dat ‘iets’ lukt, dan is de kans groter

dat iemand verandert dan wanneer een of meerdere van die componenten niet aanwezig is/zijn. Deze drie componenten dragen ertoe bij of iemand, in algemene zin, *gemotiveerd* is of niet om een bepaald gedrag te vertonen, zoals meer bewegen of gezond eten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie typen motivatie: 'amotivatie', extrinsieke motivatie en intrinsieke motivatie. De theorie veronderstelt dat naarmate iemand meer intrinsiek gemotiveerd is deze ook meer bereid is bepaald gedrag te vertonen. Figuur 2 maakt genoemde drieslag aanschouwelijk.



Figuur 2: Van niet gemotiveerd naar intrinsiek gemotiveerd

We zien hier een continuüm lopend van niet gemotiveerd (of ongemotiveerd), via extrinsiek gemotiveerd naar intrinsiek gemotiveerd. Het SDT-model veronderstelt dat wanneer iemand meer intrinsiek gemotiveerd is de kans dat iemand het gewenste gedrag laat zien (en behoudt) hoger is. De drieslag waarop dit model steunt, houdt het volgende in:

Ongemotiveerd: Dit wordt beschreven als een volledig gebrek aan motivatie om bepaald gedrag te laten zien/c.q. zich op een bepaalde manier te gedragen.

Extrinsiek gemotiveerd: Dit model laat drie nuances zien in de aard en mate van extrinsieke motivatie:

- Extern gereguleerd gedrag: Dit gedrag dat wordt vertoond omdat er een beloning tegenover staat of straf wordt vermeden ('ik ga naar de sportschool omdat ik anders op mijn kop krijg van de fysiotherapeut').
- Geïnternaliseerd gedrag: Gedrag dat men laat zien omdat men zich schuldig voelt (b.v. 'schuldig voelen omdat men niet naar de sportschool gaat').
- Geïdentificeerd gedrag: Dit gedrag wordt vertoond omdat het iemand iets oplevert ('Ik ga naar de sportschool, omdat ik snel afval').
- Geïntegreerd gedrag: Dit gedrag laat iemand zien, omdat hij zich bijvoorbeeld een sporter voelt.

Intrinsiek gemotiveerd: Dit gedrag brengt tot uitdrukking dat iemand plezier heeft in wat hij doet ('Ik ga naar de sportschool omdat ik veel plezier ervaar aan de work outs').

Het model gaat er dus vanuit dat duurzaam gedrag ('gedragsbehoud') sneller optreedt wanneer iemand zich meer bevindt aan de rechterkant van het continuüm.

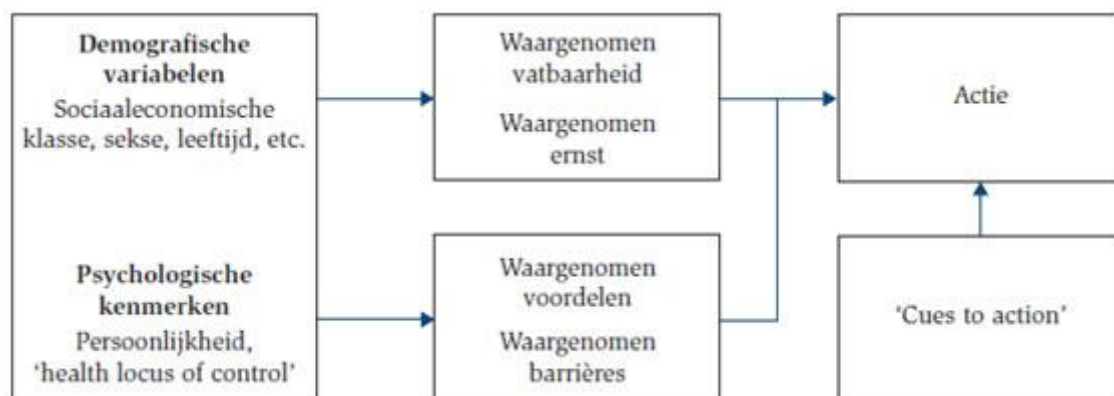
Visie van experts en sport- en beweegprofessionals

Drie van de vijf experts en enkele sport- en beweegprofessionals geven expliciet aan dit model als het meest krachtig en bruikbaar te vinden voor de doelgroep chronisch zieken met weinig beweeghistorie. Twee experts stellen afzonderlijk van elkaar *"ik vind dit model het allerbeste toepasbaar"*. Door de experts en sport- en beweegprofessionals worden hiervoor uiteenlopende redenen gegeven:

- In dit model zijn de drivers/factoren om gedrag te veranderen heel positief. In de zin dat, en we zullen een ander model zien die hier wel de nadruk op legt, er niet wordt uitgegaan van 'angst inboezemen'. Een van de experts stelt bijvoorbeeld dat het bij iemand met obesitas totaal niet werkt om te zeggen *"als u zo doorgaat haalt u de 50 niet ... juist deze groep is gebaat bij positieve ervaringen, gevoel van autonomie en de ervaring dat ze zelf iets voor elkaar kunnen krijgen."*
- In dit model wordt heel sterk uitgegaan van de relatie tussen aan de ene kant autonomie/zelf waargenomen competenties en anderzijds intrinsieke motivatie. Vooral deze groep 'chronisch zieken' zit vaak in een circuit van afhankelijkheid (soort 'gecreëerde afhankelijkheid' of zelfs 'aangeleerde hulpeloosheid'). Indien men ervaart dat men zelf ook iets kan en onder de knie krijgt dan blijkt dat men dit vaker zelf wil doen (men wordt intrinsiek gemotiveerder).
- Dit model geeft heel goed aan dat 'zelfwaargenomen competentie/vaardigheid' belangrijk is - en zelfs voorspellende waarde heeft - voor het met stapjes komen tot intrinsieke motivatie. Door in wat iemand kan kleine stapjes te nemen en dus successen te ervaren, wordt de motivatie groter om dit vaker te doen.
- Door twee experts en een bewegecoach wordt aangegeven dat dit model heel goed aansluit, c.q. als een soort basis dient voor *motivational interviewing*: *"Als ze worden aangemoedigd, bijvoorbeeld door motivational interviewing, om met hulp/ondersteuning, zelf weer de regie te krijgen en zelf gemotiveerd te raken dan is er het meeste kans dat gewenst gedrag onderdeel wordt van iemands leven. Dus: doorbreken van deze aangeleerde hulpeloosheid (uitgaan van wat iemand zelf nog kan) en komen tot intrinsieke motivatie/zelfmotivatie en zelfregulatie/zelfmanagement (ik ben zelf in staat om bewegen te organiseren in mijn leven)."*

Het Health Belief Model

Het oudste en vaak gebruikt model is het *Health Belief Model* (HBM). Dit model is in de jaren vijftig en zestig ontwikkeld door enkele Amerikaanse psychologen Hochbaum, Rosenstock, Leventhal en Kegels (vgl. Rosenstock, 1974). Dit model is speciaal ontwikkeld om gezondheidsgerelateerd gedrag beter te begrijpen en te voorspellen. De basiscomponenten van het model (zie figuur 3) zijn wel afgeleid uit verschillende, bestaande psychologische theorieën.



Figuur 3: Health Belief Model

Volgens het HBM zullen individuen eerst en vooral een perceptie vormen van een bepaalde bedreiging. Deze perceptie is gebaseerd op twee typen overtuigingen, namelijk de *perceived susceptibility* en de *perceived severity*. Onder *perceived susceptibility* verstaat men de subjectieve inschatting (percepties) van het risico om een bepaalde ziekte op te lopen. De *perceived severity* gaat dan over de ernst van de gevolgen van een bepaalde ziekte c.q. de ernst van de ziekte. Neem als voorbeeld longkanker. De ernst van de ziekte is groot, althans zo wordt dat door veel mensen gezien. De waarschijnlijkheid dat de ziekte optreedt is echter niet groot als je niet rookt. Mensen die niet roken zijn daarom niet zo bang om de kwaal te krijgen. Dat wordt anders als mensen wel roken: de angst om ziek te worden neemt dan toe. Een grote subjectieve inschatting op een ernstige ziekte zet volgens dit model eerder aan tot gezondheidsgedrag dan een minder ernstige ziekte die niet vaak voorkomt.

De aanzet tot ander gedrag wordt bepaald door een afweging van verschillende alternatieven, namelijk de *effectiviteit of opbrengsten* van het gedrag enerzijds (welke acties of gedragingen hebben de meeste voordelen voor de gezondheid) en de *waargenomen barrières of kosten* anderzijds (wat zijn de nadelen van deze acties, zoals de kosten, risico's en gevaren die eraan verbonden zijn) (Damoiseaux, Van der Molen & Kok, 1998). Daarnaast wordt gezondheidsgedrag teweeg gebracht door de zogenoemde *cues to action*. Dit zijn prikkels die ofwel intern (bijvoorbeeld symptomen van een ziekte) of extern zijn (bijvoorbeeld mediacampagnes, gezondheidsprogramma's of dokters) en individuen kunnen motiveren tot actie. Aan het schema zijn nog twee variabelen toegevoegd. Allereerst de health motivation. Deze variabele drukt uit in hoeverre mensen bereid zijn zich zorgen te maken over hun gezondheid en ze daar ook daadwerkelijk invloed op hebben ('psychologische kenmerken'). Andere variabelen die ook nog een invloed hebben op percepties en dus op gedrag zijn diverse demografische, sociopsychologische en structurele variabelen. Voorbeelden hiervan zijn leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, persoonlijkheid en dergelijke (Damoiseaux, Van der Molen & Kok, 1998).

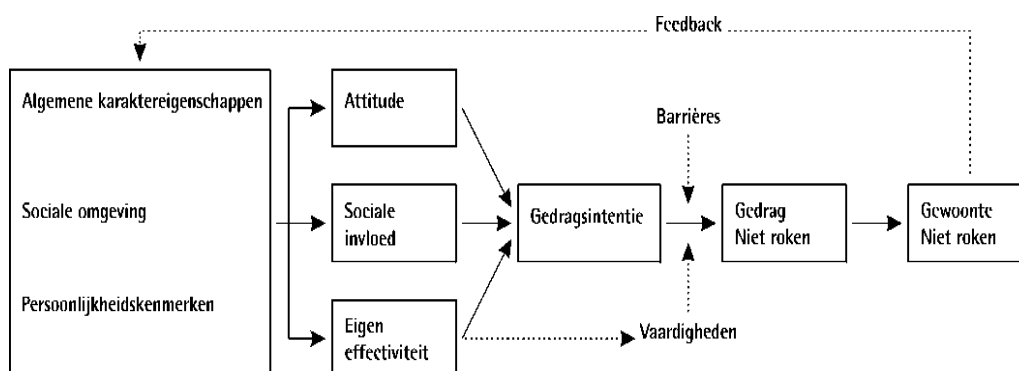
Visie van experts en sport- en beweegprofessionals

Hoe denken de experts en sport- en beweegprofessionals over dit model?

- Angst aanjagen is uit den boze! Eén van de experts is onomwonden negatief over de toepassing van dit model voor de groep chronisch zieken. *“Het Health Belief Model is een model dat mij niet aanspreekt, omdat er te veel wordt uitgegaan van ‘angst aanjagen’. Dit model geeft simpelweg ook geen goede weergave van hoe het werkelijk gaat ... juist een groep die al angstig is, moet je niet nog angstiger maken. Er zal eerder apathie optreden dan dat ze in actie komen.”*
- Moeilijk te bepalen wat de precieze combinatie is van de factoren. Een andere expert stelt dat het niet helemaal duidelijk is hoe de verschillende factoren nu precies op elkaar inspelen om tot een besluit te komen om al dan niet gezond te leven: *“Ik vind het model in die zin te weinig concrete aanknopingspunten hebben om toe te passen.”* Een andere opmerking die door twee experts werd gemaakt is dat niet duidelijk is wat de ‘precieze oorzakelijke ordening is van de beïnvloedende factoren ...dat blijft toch gissen.”
- Beperking van het model (eenzijdigheid). Enkele experts stellen dat het model een zekere eenzijdigheid in zich heeft, doordat bepaalde variabelen die wel voorspellende waarde hebben hier geen plaats hebben, zoals omgevingsfactoren, de intentie om bepaald gedrag te vertonen en sociale druk/sociale support niet voor in het HBM. Gedrag wordt, zo stellen vooral de experts, echter wel degelijk bepaald door deze factoren.

ASE-model

In het ASE-model (Attitude, Sociale invloed, Eigen effectiviteit, Damoiseaux, Van der Molen & Kok, 1998) worden twee categorieën van determinanten voor het verklaren van gedrag onderscheiden: determinanten met een direct effect op gedrag en determinanten met een indirect effect (via de determinanten met een direct effect) op gedrag.



Figuur 4: ASE-model

Determinanten met een direct effect op gedrag zijn attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Met deze drieslag wordt het volgende bedoeld:

Attitude: een attitude is een persoonlijke houding ten opzichte van een bepaald gedrag. In dit geval representeert de attitude in feite de balans van voor- en nadelen over bewegen.

Sociale invloed: dit is de sociale invloed zoals ervaren door iemand op het moment dat hij/zij een beslissing neemt over een bepaald gedrag: bijvoorbeeld wel/niet gaan sporten. . Het gaat zowel om de normatieve als om de informatieve sociale invloed. Bij *normatieve sociale invloed* gaat het om de druk die wordt uitgeoefend door de (peer)groep om er voor te zorgen dat een individu zich overeenkomstig de groepsnorm gedraagt. Bij *informatieve sociale beïnvloeding* kiest iemand bij een beslissing voor gedrag dat zoveel mogelijk overeenkomt met dat wat anderen doen in zo'n situatie. De subjectieve inschatting van wat anderen doen en denken kan genoeg reden zijn om hetzelfde te doen.

Eigen effectiviteit: is de persoonlijke inschatting of je bepaald gedrag in principe kunt realiseren, haalbaar acht. Ervaring en feedback worden gezien als belangrijke informatiebronnen voor het beoordelen van je eigen vaardigheden.

Naast de directe factoren, zijn er ook bepaalde kenmerken die een indirect effect op gedrag hebben. Hierbij gaat het om zaken als algemene *karaktereigenschappen*, *sociale omgeving* (ouders, peergroep) en *persoonlijkheidskenmerken* (zelfvertrouwen, eigenwaarde). Deze kenmerken hebben een indirecte invloed op gedrag, namelijk via attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit.

Gedragsintentie. Alle determinanten met een direct en indirect effect tezamen bepalen iemands intentie om een bepaald gedrag uit te voeren. Meestal gaat het om een mix van invloeden, maar soms zal een bepaalde determinant meer overheersen. Een gedragsintentie hoeft niet altijd te leiden tot het voorgenomen gedrag. Er kan van alles tussenkomen (drempels) of de eigen vaardigheden kunnen ontoereikend zijn.

Visie van experts en sport- en beweegprofessionals

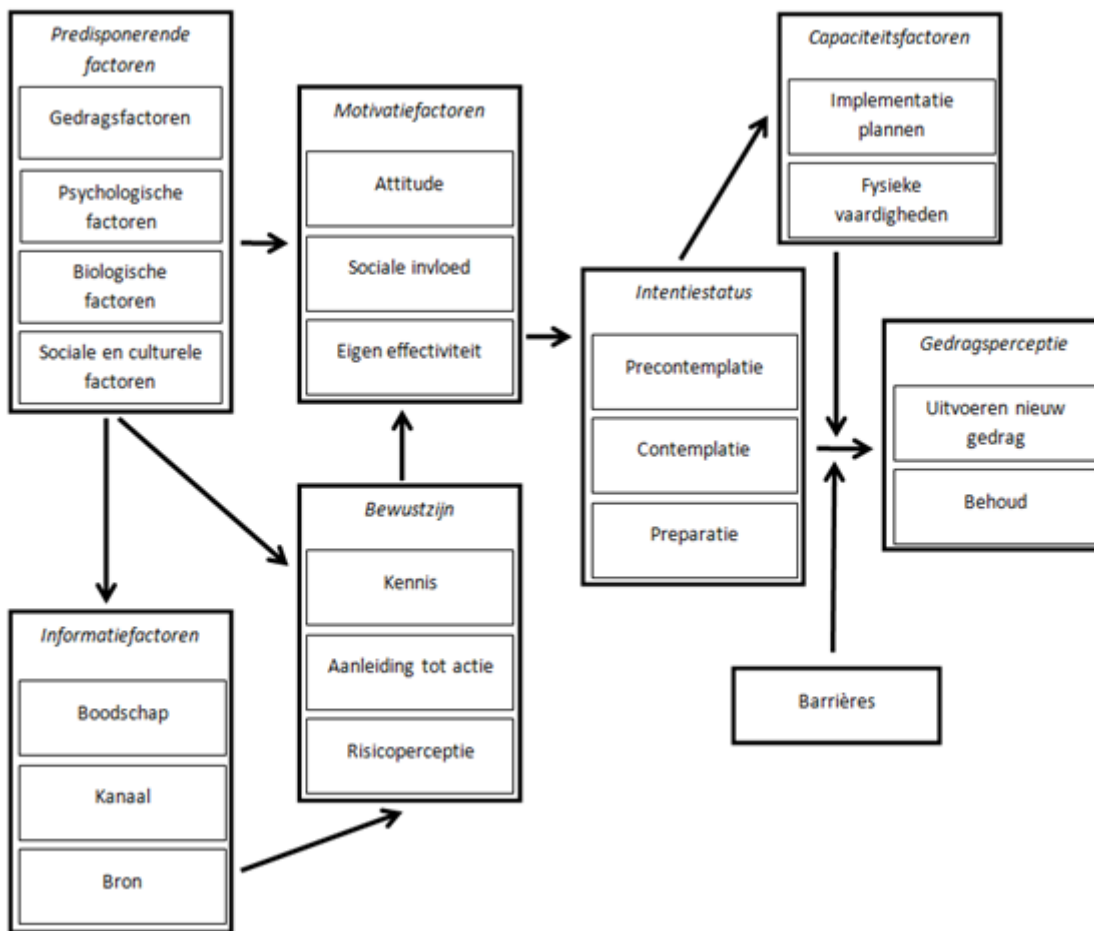
Hoe denken de experts en sport- en beweegprofessionals over dit model?

- Alle experts en enkele sport- en beweegprofessionals kennen het model.
- Het model is herkenbaar en kan goed worden toegepast op het beïnvloeden van beweeggedrag van mensen met een chronische aandoening met weinig beweeghistorie.

I-Change model

Binnen het I-Change model zijn onderdelen van het ASE-model en de stadia van het Stages of Change-model te herkennen (De Vries, Mudde, Leijds, Charlton, Vartiainen & Buijs, 2003). Volgens het I-Change model wordt het gedrag door iemand bepaald door zijn intentie. In hoeverre deze intenties worden omgezet in daadwerkelijk gedrag, is afhankelijk van de capaciteiten van de persoon en de barrières die hij of zij ondervindt. De intentie om bepaald gedrag te vertonen, wordt binnen het I-Change in model bepaald door bewustzijn/bewustwording en motivatiefactoren. Bewustwording/bewustzijn (awareness) is binnen dit model de eerste stap bij

gedragsverandering. Dit hangt vaak af van een aantal externe vaststaande factoren, zoals biologische factoren en sociaal-culturele achtergronden en de manier waarop men aan kennis en informatie komt over onderwerpen gerelateerd aan bewegen. Binnen de motivatiefactoren zijn (wederom) de drie bekende componenten te herkennen (i) attitude, (ii) sociale invloed en (iii) eigen effectiviteit. Iemand die dus een positieve houding heeft ten opzichte van (meer) bewegen, wordt ondersteund door belangrijke anderen en ook de competenties heeft (en dit zelf als zodanig inschat) om het beweeggedrag uit te voeren, die zal sneller de intentie hebben om het gedrag te laten zien dan iemand die negatief staat ten opzichte van bewegen, weinig steun heeft en zelf inschat dat het gedrag niet haalbaar is.



Figuur 5: I-change model

Gezamenlijk bepalen deze determinanten de Intentie voor het uitoefenen van het gedrag en behoud hiervan.

Visie van experts en sport- en beweegprofessionals

Hoe denken de experts en sport- en beweegprofessionals over dit model?

- De experts kennen het model, de sport- en beweegaanbieders kennen het model niet.
- De experts stellen dat het I-Change model een goed beeld geeft van de verschillende factoren die een rol spelen bij daadwerkelijke verandering van gedrag. Eén van de experts stelt: 'het model geeft per

blok eigenlijk mooi aan met welke factoren rekening moet worden gehouden. Wat is de achtergrond, de biologische factoren, de kanalen die worden gebruikt om de doelgroep te informeren et cetera. Ik zie het dan ook meer als een soort checklist die kan worden doorlopen om concreet per onderdeel in te vullen waarmee rekening te houden en ook om vragen te stellen aan deze groep chronisch zieken.’ Dit model kan, aldus een aantal experts, goed worden toegepast op en vertaald naar de groep ‘chronisch zieken – met weinig beweeghistorie’.

- Het model geeft goed weer door welke stadia iemand kan gaan om tot gedragsbehoud te komen en in die zin een ‘verbetering’ ten opzichte van het ASE-model.

2.2 Concluderend

Als de modellen worden bekeken kunnen in elk model verschillende stappen/fases worden onderscheiden en vertonen de modellen op veel vlakken vaak wel enige overlap. De modellen laten ook zien dat gedragsverandering een complex proces is, waarin factoren een rol spelen die niet altijd even gemakkelijk te beïnvloeden zijn. Denk hierbij aan diverse omgevingsfactoren zoals bijvoorbeeld sociale invloed. De intentie om gedrag te veranderen (intrinsieke motivatie) blijkt in elk model een cruciaal om daadwerkelijk gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen.

De experts en sport- en beweegprofessionals zijn vaak wel bekend met de gedragsmodellen. Voor de sport- en beweegprofessionals zijn de fases/stappen in de gedragsmodellen vaak wel herkenbaar, ze zien dit terug bij de chronisch zieken die ze begeleiden. De toepasbaarheid van de modellen in de praktijk blijkt lastiger. Sport- en beweegprofessionals missen soms handvatten voor de acties die zij in een bepaalde fase/stap kunnen toepassen om hun cliënt naar de volgende fase in het proces te begeleiden.

Al met al kan vastgesteld worden dat de experts en sport- en beweegprofessionals de fases/stappen in de gedragsmodellen zeker in de praktijk terugzien en dus handvatten biedt voor de begeleiding van chronisch zieken maar dat het voor sport- en beweegprofessionals wel lastig is de gedragsmodellen toe te passen in de praktijk.

3. Het blijvend in bewegen brengen van chronisch zieken – succesfactoren en valkuilen in beeld

In het vorige hoofdstuk zijn enkele gedragsmodellen besproken en gezien wat de sport- en beweegprofessionals en experts van deze modellen vinden. In dit hoofdstuk proberen we zaken nog concreter te maken. We hebben aan de sport- en beweegprofessionals en experts twee vragen gesteld. Allereerst wat de belangrijkste factoren zijn die bij kunnen dragen aan het met succes veranderen en behouden van (beweeggedrag) bij deze groep chronisch zieken. Een tweede vraag richt zich op de valkuilen of faalfactoren, ofwel: wat niet te doen bij het veranderen en behouden van het beweeggedrag van deze groep. In de interviews met experts en sport- en beweegprofessionals is hier uitgebreid over gesproken. In dit hoofdstuk, bestaande uit twee paragrafen, staan we hier bij stil en worden de resultaten uit de interviews weergegeven.

3.1 Succesfactoren

Aan de experts en sport- en beweegprofessionals is gevraagd wat nu eigenlijk de factoren zijn die belangrijk zijn om rekening mee te houden om chronisch zieken met weinig beweeghistorie aan het bewegen te krijgen en in beweging te houden. Hier zetten we ze systematisch op een rij.

Richt je vooral op het weghalen van barrières

Door de experts en sport- en beweegprofessionals wordt regelmatig naar voren gebracht dat het bij het beïnvloeden van gedrag bij mensen met een chronische aandoening en weinig beweeghistorie vooral gaat om het weghalen van barrières. Dit betekent bijvoorbeeld dat iemand in staat zou moeten zijn om zelf doelen op te stellen, de sociale omgeving weet in te schakelen als ondersteuning (support, stimulerende omgeving) en in de mogelijkheid is om op eigen niveau te sporten en bewegen. Een van de experts stelt: *‘... dit is een groep die de afgelopen jaren niet veel of onvoldoende heeft gesport en bewogen. Dat kan aan verschillende zaken liggen, maar ervaren barrières moeten in ieder geval worden weggehaald’*. Een beweegprofessional stelt: *‘Je zou kunnen zeggen dat vooral bij de start het belangrijk is dat er naast de fysieke beperkingen niets anders is wat ze in de weg staat om te bewegen. Je moet het ze zo gemakkelijk mogelijk maken ... obstakels weghalen.’*

Deze groep moet om kunnen gaan met fysiek ongemak en discomfort

Een kritische succesfactor voor blijvende gedragsverandering is hoe deze groep omgaat met discomfort/fysiek ongemak en hoe dit zoveel mogelijk is te voorkomen. Omdat het gaat om een groep met weinig beweeghistorie, is het welhaast onvermijdelijk dat bij de start er ‘fysiek ongemak’ zal optreden tijdens en na afloop van het bewegen. Als dit steeds wordt onderkend door bijvoorbeeld de beweegcoach of instructeur en hier goed op wordt ingespeeld – dus: eerder te lichte dan te zware inspanning – dan zal de kans groot zijn dat men meer plezier krijgt in het bewegen (en dat ze intrinsiek gemotiveerd worden). Een van de experts stelt: *‘Belangrijkste is dat je niet primair kijkt naar de fysiologische effecten, maar maak een oefening zo zwaar of licht dat ze deze met niet al te veel, of liefst heel weinig inspanning kunnen volhouden. Het gaat om blijvende gedragsverandering.’* Meermalen wordt gezegd dat het heel belangrijk is dat deze groep gaat wennen aan iets

meer bewegen, zonder dat er veel ongemak optreedt: *‘... na verloop van tijd neemt het ongemak vanzelf wat af en ook kunnen ze er iets beter mee omgaan.’*, aldus een fysiotherapeut.

Creëer voortdurend positieve ervaringen

Deze groep heeft of geen ervaring met bewegen of, vaak als gevolg van hun aandoening, overwegend negatieve ervaringen. Meer bewegen is dus een behoorlijke verandering in het leven van deze mensen. In de eerste fase is het belangrijk om voortdurend positieve ervaringen te creëren. Een sport- en beweegprofessional stelt: *‘Ik probeer gedurende mijn les steeds de deelnemers te stimuleren en heel nadrukkelijk momenten in te bouwen waaruit de deelnemers successen ervaren van ‘iets onder de knie krijgen’ of ‘iets kunnen’.* Het kan daarbij gaan om hele kleine successen die voor iemand die gezond is en regelmatig beweegt niet zoveel voorstellen, maar juist voor deze groep al best iets zijn. Je kunt niet snel te veel complimenten geven. Je moet een negatieve attitude proberen te doorbreken, omdat er vaak in het begin veel weerstand is.’ Een fitnessexpert geeft concreet aan: *‘Creëer altijd iets dat degene kan volhouden ... dat werkt ook enorm motiverend. Je kunt beter 5 x een lichte work out doen die ze volhouden dan 10 herhalingen en dat ze dan 7x halen. In het eerste geval hebben ze een positieve ervaring, in het tweede geval niet, want ze hebben het gevoel het net niet te hebben gehaald.’* Deelnemers dienen te ervaren dat ze bepaalde vaardigheden beheersen – dat ze ergens competent in zijn. Deze zogenoemde *zelfwaargenomen competentie* betekent dat ze ervaren dat ze vaardigheden zelf onder de knie hebben gekregen. Iemand die nooit het gevoel heeft iets te beheersen die zal minder intrinsiek gemotiveerd zijn en dus minder plezier beleven aan de activiteit dan iemand die ervaart dat hij bepaalde oefeningen en vaardigheden onder de knie heeft gekregen. Eigen effectiviteit is erg belangrijk: *‘Eigen effectiviteit stimuleert. Kleine succesjes moet je echt vieren of even bij stil staan. Op die manier bouw je ervaring op met eigen effectiviteit ... steeds ook met kleine stapjes. Bijvoorbeeld voor deze groep mensen kan het al heel wat zijn als ze goed op de grond of op een stoel kunnen zitten. Als we hier mee bezig zijn en ze ervaren dat dit steeds beter gaat dan is dit een enorme stap van ‘Jee, ik kan dit!’* Een leefstijlcoach ziet het meten en wegen bijvoorbeeld ook vanuit het perspectief van succeservaring: *‘Het meten en wegen doen we ook altijd, maar dan voornamelijk voor de succesbeleving. Dan kan ook heel eenvoudig met bijvoorbeeld wandeltestjes als mensen niet zo fit zijn. Vaak gebruiken mensen heel veel medicijnen en is het moeilijk om fysieke inspanningstesten te doen, omdat het door medicijnen wordt beïnvloed. Maar heel eenvoudig door wandeltestjes of krachttestjes te doen en te kijken naar aantal herhalingen kan je toch gemakkelijk vooruitgang in kaart brengen. Zo kan je bijvoorbeeld zeggen kijk de vorige keer konden we 3 keer deze zaal op en neer lopen en nu 6 keer. Omdat je het doet om motivatieredenen kan je in feite elke test verzinnen die past bij de doelgroep.’*

Zorg voor het juiste vaardigheidsniveau

Hoewel oefeningen of activiteiten binnen de grens van het haalbare moeten liggen, is een bepaalde uitdaging - in ieder geval na verloop van tijd - van belang voor de motivatie. Deze uitdaging is het grootst indien er een mate van evenwicht is tussen het vaardigheidsniveau van de deelnemer en de moeilijkheidsgraad van de activiteit. Wanneer de activiteit als veel te eenvoudig wordt ervaren dan treedt verveling op en wanneer deze als te moeilijk wordt ervaren dan treedt een zekere angst op. Nu is het vaardigheidsniveau van de deelnemer

geen vaststaand iets, maar deze verandert naarmate hij meer beweegt. Door als uitgangspunt het vaardigheidsniveau van de sporter te nemen en de moeilijkheid van de activiteit hierop aan te passen, zal het plezier in het uitvoeren van de activiteit hoog zijn en blijven. Een sport- en beweegprofessional stelt: *‘Je hebt de neiging om te veel op de aandoening te zitten en te weinig op het plezier in bewegen en dat het gewoon heel stimulerend is als iemand iets onder de knie krijgt. Focus dus ook op de activiteit zelf en niet alleen of zelfs helemaal niet op het ziektebeeld.’* Een beweegcoach geeft aan dat het zoeken naar het juiste vaardigheidsniveau een kunde is die je mede op grond van ervaring steeds beter kan inschatten: *‘In het begin wel je veel te veel, je neemt onbewust jezelf als norm en legt daarmee de lat te hoog. Je krijgt vanzelf meer ervaring met deze groep ‘weinig bewegers’ en dan zul je zien dat je ok steeds meer vat krijgt op wat ze wel en niet kunnen.’*

Focus altijd op gedrag en niet (louter) op uitkomst(maten) en de aandoening

Zet iemand niet steeds op de weegschaal, maar kijk hoe je iemand kan ondersteunen bij bewegen in het dagelijkse leven (bellen, attenderen). Het gaat steeds om de integratie van het bewegen in het alledaagse leven. Aanpakken die alleen zijn gericht op attitude en intenties schieten te kort. Vaak gaat het om het wegnemen van barrières (zie voorgaande) en het organiseren van sociale ondersteuning bij het gedrag. Als voortdurend alleen wordt gefocust op de te halen doelen, zoals afname van het gewicht, voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, dan wordt uit het oog verloren dat dit belangrijke uitkomstmaten zijn, maar veel effectiever is, aldus een van de experts, om te kijken hoe ze tot deze doelen kunnen komen: *‘doelen zijn belangrijk, maar het zijn eigenlijk effecten. Als je op de weegschaal gaat staan en het blijkt dat je iets bent afgefallen of aangekomen dan is dit wel een indicatie en uitkomst, maar het zegt nog weinig over het gedrag ... dus waarom deze uitkomst of het doel wel of niet is gehaald. Veel effectiever is ook de weg ernaartoe, het gedrag mee te nemen. Die laat immers zien hoe je bent gekomen daar waar je iemand nu is en dat is ook echt te beïnvloeden.’* Ook voortdurend hebben over de aandoening of ziekte, vermijden de professionals zo veel mogelijk: *‘Ik leg niet te veel de nadruk op pijn en vermoeidheid, die ze wel voelen, maar doe steeds appel op wat ze wel kunnen en wat in hun vermogen ligt. Ik praat dus ook niet steeds over wat ze hebben ... de nadruk ligt op wat ze kunnen.’*

Houd rekening met de ambivalente houding van de deelnemer/cliënt en coach/instructeur

Door zowel de experts als de sport- en beweegprofessionals wordt benadrukt dat er vaak sprake is van een ambivalente houding tussen begeleider en de deelnemer/cliënt. Deze ambivalente relatie duidt op het volgende in verband met het stimuleren van ‘meer bewegen’. De begeleider focust vooral of zelfs alleen op de nadelen van niet veranderen en de voordelen van wel veranderen en de groep chronisch zieken met weinig beweeghistorie (ook) op de voordelen van niet veranderen en de nadelen van veranderen. Een expert uit de fitness wereld verwoordt dit als volgt: *‘... probeer niet uit te gaan van je eigen positie ... stel jezelf niet als norm. Als je dat doet dan zal dit deze groep alleen maar frustreren en hebben ze steeds het idee dat ze niks kunnen... dan is het maar even en ze zijn er niet meer.’* In verband hiermee wordt ook regelmatig gewezen op een methode als *‘motivational interviewing’*: *‘... met deze vorm van begeleiden probeer je de deelnemer/cliënt zelf te laten zeggen/ervaren wat hij wel en niet moet doen ... je maakt iemand op een goede manier*

verantwoordelijk voor zijn eigen gedrag en dat brengt een gevoel naar voren van dat iemand zelf iets kan en ook wil.'

Stimuleer en ondersteun zelfmonitoring

Door zelf goed zicht te krijgen en houden op het eigen gedrag, is de kans veel groter dat men zich bewust is van hoeveel men beweegt. Een dergelijke zelfmonitoring heeft direct betrekking op het gedrag ('beweeg ik vandaag voldoende?'). Een van de experts stelt: *'Op het moment dat iemand zelf zicht heeft op het beweeggedrag dan ontstaat allereerst een vorm van awareness. We zijn allemaal mensen en houden onszelf ook wel wat voor de gek in de zin van 'ik eet gezond en niet te veel', 'ik drink relatief weinig', 'ik rook haast niet' of 'ik beweeg voldoende'. Op het moment dat we zelf echt bijhouden hoe het feitelijk zit ... dan valt het vaak niet mee ..'* Door de experts en sport- en beweegprofessionals worden verschillende zaken genoemd zoals het zelf bijhouden van een logboek en het dragen van een beweegmeter/beweegmonitor. Vrijwel alle experts stellen dat het vooral gaat om steeds goed zicht te krijgen op het alledaagse beweeggedrag en dit te gebruiken als de feitelijke input voor de gesprekken/sessies met bijvoorbeeld een beweegcoach of fitnessinstructeur.

Stel realistische doelen ('goal setting')

Heel belangrijk is om realistische doelen te stellen. Een van de beweegprofessionals stelt: *'ik stel in het begin hele lage doelen, die ze hoe dan ook halen. Soms heb ik het gevoel dat ik de doelen te laag stel, maar je overschat snel wat mensen die een tijd lang weinig hebben bewogen aankunnen.'* Een andere beweegprofessional zegt heel concreet: *'... ik ben soms al blij als ze gewoon komen op onze sessie ... dat is al het doorbreken van een patroon.'* Hier is het dus heel belangrijk om een goede inschatting te maken van wat iemand wel en niet aankan: *'ik houd altijd aan het begin een soort intake, soms met wat eenvoudige metingen, maar ook vragen over motivatie en waarom ze wel of niet graag bewegen. Ik kan dan redelijk het beginniveau inschatten en de zelfmotivatie bepalen en dan met de deelnemer op weg gaan.'*

Autonomie

Verschillende experts zijn van mening dat bij deze groep moet worden toegewerkt naar een hogere graad/mate van 'Self Control'. Hierbij gaat het erom dat de deelnemers zelf de ervaring krijgen van 'dit kan ik zelf' of 'ik heb iets waar ik zelf controle over heb'. Autonomie is iets wat door zowel de beweegprofessionals als experts als erg belangrijk wordt aangemerkt. Een expert zegt het volgende: *'... je moet er naar streven dat ze het gevoel krijgen en ook daadwerkelijk ervaren dat ze zelf iets kunnen. Dus niet steeds adviseren ... of beter zelfs helemaal niet adviseren, maar begeleiden bij 'het bereiken van autonomie en Self Control.'* Het stimuleren van zelfmotivatie is daarbij erg belangrijk. Een expert: *'Degene moet het zelf willen en zich ook verantwoordelijk maken voor het eigen proces'.* Een andere expert in soortgelijke bewoordingen: *'Zelfmotivatie en dat stimuleren is heel erg belangrijk. Persoonlijke begeleiding moet vooral hierop zijn gericht ... dat iemand zelf gemotiveerd wordt en is om, in dit geval, te bewegen.'* Een fysiotherapeut: *'Zelfmotivatie is heel belangrijk. Als ze zelf niet willen, maar het doen voor de arts of iemand anders dan lukt het vaak niet. Het moet echt iets van ze zelf worden en hun zelfmotivatie moet toenemen.'* Heel concreet: *'We vinden het erg belangrijk dat onze cliënten zelf hun beweegplan maken. Aan de hand van een aantal stappen en vragen komen ze tot een eigen*

beweegeplan. Dit sluit aan bij wat de persoon leuk vindt. Eigen regie om hun beweegeplan te schrijven is heel goed.' Het bewegen moet voor hen belangrijk zijn. Een beweegcoach: *'Ze moeten zelf het besef hebben dat het belangrijk is dat ze bewegen. Ze moeten intrinsiek gemotiveerd zijn en er moet een besef van urgentie zijn dat bewegen belangrijk is.'*

Creëer sociale netwerken en een groepsaankpak

Een beweegcoach over bewegen in groepen: *'Uit onderzoek blijkt dat 50% van deze groep chronische zieken graag in groepen wil oefenen ('lotgenoten'), maar de andere 50% niet. Sociale netwerken zijn belangrijk (thuis, werk, verenigingen ...).'* Toch blijkt een fitness instructor vooral voordelen te zien in een groepsgewijze aankpak: *'We hanteren wel een bepaalde manier van werken. Met intensieve groepen sporten we 2x per week en in groepen. Wij verplichten mensen om hier aan deel te nemen op een vast tijdstip in de week met een vaste instructeur/coach. We kiezen bewust voor een groepsaankpak. Dat heeft twee redenen. Wil je mensen begeleiden met eenzelfde coach dan is 1 op 1 te duur, maar wij vinden de groepsdynamiek ook heel belangrijk. Dat heeft een positief effect op beweeggedrag van deelnemers.'* Naast het beleven van succes zoals hiervoor al gezegd is het groepsgevoel heel belangrijk. *'Tegen elkaar kunnen zeggen hoe moeilijk iets is, maar dat ze toch vooruitgang boeken dat is belangrijk. Verder is een aanspreekpunt, een vaste coach belangrijk voor het vertrouwen... dat moet je namelijk opbouwen met de deelnemer. Dat zijn voor ons zulke basisdingen geworden'*.

Probeer plezier in bewegen te realiseren

Een expert zegt onomwonden: *'Het ultieme doel is het bereiken van intrinsieke motivatie en dat betekent dus eigenlijk altijd het plezier krijgen in bewegen.'* Laat de deelnemer bijvoorbeeld ook zelf kiezen voor de activiteit in plaats van dat deze door een ander wordt opgelegd. Iemand dwingen een bepaalde activiteit te doen zal niet bijdragen aan de intrinsieke motivatie. De deelnemer dient dus een zekere mate van vrijheid te worden gelaten welke activiteit te beoefenen. Een opgelegde keus, en een waar de deelnemer zelf niet achter staat, zal niet bijdragen aan een hoge intrinsieke motivatie. *'Ik vraag altijd welke oefeningen of spelactiviteiten ze willen doen. Juist door ze zelf ook te laten kiezen, maakt dat ze betrokken raken, maar ook iets doen waar ze zin in hebben'*, aldus een beweegcoach. Een andere beweegcoach in soortgelijke bewoordingen: *'Het belangrijkste is dat de mensen (weer) plezier krijgen in bewegen. Er dient een appel te worden gedaan op de intrinsieke motivatie van deze groep mensen. Ze moeten zelf willen!'*

Feedback opbouwend en specifiek

De wijze waarop de sport- en beweegleider *feedback* geeft is bepalend voor ervaringen van succes. Het zijn namelijk de sport- en beweegleiders die de resultaten en mogelijkheden van sporters beoordelen. De wijze waarop zij de deelnemers informeren over de progressie en het vaardigheidsniveau is van wezenlijk belang voor de intrinsieke motivatie, het plezier en de eigen inschatting van wat ze wel en niet beheersen. Vooral deelnemers met weinig beweeghistorie steunen in de beoordeling van hun eigen vaardigheden sterk op de informatie die hierover wordt gegeven door de sport- en beweegleiders. Een goede feedback aan de deelnemer draagt bij aan een verhoogde intrinsieke motivatie, terwijl een onjuiste feedback juist een

tegengesteld effect heeft. Voor sport- en beweegprofessionals kunnen de volgende 'vuistregels' worden aangehouden:

- Feedback dient altijd in *positieve* termen te zijn geformuleerd. Dit houdt niet in dat een matig of slecht uitgevoerde activiteit moet worden geprezen, maar de feedback dient altijd opbouwend en duidelijk te zijn. Een matige prestatie dient naast aanmoediging gepaard te gaan met duidelijke informatie over hoe de uitvoering kan worden verbeterd en een goed uitgevoerde taak dient te worden geprezen.
- Feedback moet ook altijd in *overeenstemming* zijn met de wijze waarop de activiteit is uitgevoerd. De feedback moet, met andere woorden, realistisch zijn. Enerzijds geeft overdreven complimenteren van een eenvoudige oefening weinig tot geen informatie over de eigen vaardigheid, anderzijds draagt constante kritiek ook niet bij aan realistische informatie over de prestatie.
- In de feedback dient vooral de nadruk te liggen op een *vergelijking* met de eigen vaardigheden. Dat betekent dat de individuele vaardigheid en de progressie hierin centraal moeten staan en niet de vergelijking met anderen of bepaalde 'objectieve' maatstaven. Een beweegprofessional stelt: *'Ga altijd uit van de individuele mogelijkheden van de deelnemer ... te veel met een abstracte norm vergelijken of met elkaar kan enorm demotiveren'*.

Toon oprechte betrokkenheid en bied steun

Persoonlijke en oprechte aandacht is erg belangrijk. Aandacht voor het individu en dat hoeft niet eens over het bewegen te gaan maar de persoon moet altijd worden benaderd vanuit oprechte betrokkenheid. Een fitnessprofessional stelt het volgende: *'Het begint met het maken van verbinding. Dus even een praatje maken als deze komt sporten in de sportschool ook al heb je op dat moment helemaal geen afspraak met die persoon. We gaan binnenkort starten met Sportimpuls traject voor diabetes in samenwerking met huisartsen en die zeiden ook dat ze nu met de mensen naar ons toe komen. Als soort van brugfunctie. Dus als het nodig is gaan zij met die mensen een eerste keer mee naar het fitnesscentrum om die drempel wat te verlagen. Vertrouwen, een bekend gezicht is heel belangrijk bij zulke groepen. Aan de ene kant beetje eng maar dat is nou eenmaal zo.'* Persoonlijke aandacht dus en echt goed luisteren naar het verhaal van degene die komt bewegen.

Richt je op transfer naar alledaagse leefwereld ('actieve leefstijl')

De sport- en beweegprofessionals zien zichzelf vooral als coaches die een bijdrage kunnen leveren aan een verandering richting een actievere leefstijl. Een leefstijlcoach exemplarisch: *'Heel belangrijk is dat er een transfer plaatsvindt naar de alledaagse leefsituatie. Op die manier is het niet alleen bewegen tijdens dat ene uur in de week, maar wordt het iets van alledag. We zien de groep één of twee keer per week en dat zijn eigenlijk de uurtjes om ze gezamenlijk gemotiveerd te houden ... het moet gebeuren in het alledaagse leven.'* Opvallend is dat meer dan de helft van de sport- en beweegprofessionals gebruik maakt van inzichten vanuit NLP (Neuro Linguïstisch Programmeren). NLP wordt door deze beweeg- en sportprofessionals gezien als een krachtige, effectieve methode om inzicht te krijgen in de drijfveren/motivaties van het handelen/gedrag van mensen. Een beweegprofessional/expert vanuit de fitness geeft dit als volgt aan: *'Deze groep heeft vaak tal van 'belemmerende overtuigingen' opgebouwd uit het verleden die ertoe hebben bijgedragen dat ze minder*

bewegen. Bijvoorbeeld, als er steeds tegen je wordt gezegd dat je een beperking hebt, niet te veel moet sporten en het 'niet kunnen' wordt benadrukt dan ontstaat er vanzelf de overtuiging van 'dit kan ik niet en zal ik nooit kunnen. Vanuit de NLP gebruik ik verschillende technieken om deze 'zelf opgeworpen belemmerende overtuigingen' te doorbreken.' Een andere beweegcoach, die ook steunt op technieken vanuit NLP, stelt heel concreet: *'Ik maak, mede vanuit NLP, gebruik van simpele associaties. Ik geef bijvoorbeeld aan dat ze niet met afhangelende schouders moeten staan, maar trots en met de borst vooruit. Ik doe dan een oefening 'trots bewegen'. Ik geef dan het woord 'tanden poetsen' of 'aan het aanrecht' en dit moet op een bepaald moment op die plekken een associatie oproepen aan 'trots staan'. Ik gebruik, zoals we dat in de NLP noemen, bepaalde ankers. Er vindt dus ook iets in de herinnering plaats. Op die manier vindt er een transfer naar de thuissituatie plaats. Je moet ervoor zorgen dat ze even niet hun gedachten hebben bij vermoeidheid en pijn.'* Soms wordt daarbij teruggegaan naar de tijd dat ze nog minder beperkt waren of last hadden: *'Ik probeer ook het kind aan te spreken dat in ieder mens zit. Vaak ook laat ik ze terugkeren naar de kindertijd toen ze nog meer energie hadden en geen of minder pijn. Ik gebruik hiervoor ook technieken en hulpbronnen vanuit NLP. Ze moeten als het ware zelf die tijd kunnen oproepen en dan ook daadwerkelijk wat meer energie krijgen.'* Het gaat steeds om plezier, spel, chaos ...'.

Kennis over de werking van het lichaam

Vooraf ondersteunend wordt door leefstijlcoaches en beweegcoaches 'kennis' aangeboden. Dit betekent vaak wat basiskennis over de werking van het lichaam en het belang van 'meer bewegen'. Een leefstijlcoach: *'Kennis is heel belangrijk. Als we twee keer in de week sporten dan doen we 2 op de 4 keer een half uur theorie. Die gaat over hoe het lichaam werkt. Als je iemand uitlegt hoe een lichaam werkt kan je ook de stap maken naar bijvoorbeeld hoe het lichaam van een diabeet werkt. Waar moet je op letten, waar zit probleem in die processen. Het gaat hierdoor best veel over voeding maar het wordt vooral behandeld vanuit het functioneren van het lichaam. Hierdoor is het veel minder belerend en bedreigend. Hierdoor is het veel gemakkelijker om uit te leggen dat wat je eet ook daadwerkelijk nodig is.'* De meeste sport- en beweegprofessionals kiezen voor een aanpak waarbij niet zozeer de aandoening centraal staat, maar meer neutraal de algehele werking van het lichaam en het belang van voldoende bewegen en goede voeding voor de werking van het lichaam. *'Ik leg tijdens de oefeningen gewoon uit waarom het van belang is voor het hart, de longen en de bloedsomloop en de vetverbranding. Ze vinden het bijvoorbeeld interessant te horen dat bij lage en wat langere inspanning ze vooral vet verbranden en dus afvallen. Vaak bestaat nog het beeld dat de inspanning heel hoog moet zijn en dat ze 'doodmoe' moeten worden om een effect te hebben. Dat is het eerste wat ik aankaart, niet te hard, maar rustig en de duur iets opvoeren. Dan zie je ze vaak verbaasd kijken.'*

Werk toe naar zelfmanagement

De laatste jaren wordt in verband met chronische aandoeningen steeds meer de nadruk gelegd op zogenoemd 'zelfmanagement'. Kortweg gaat het hierbij om op een (positieve) manier omgaan met de aandoening (RUG & AZG, 2003). Centraal bij zelfmanagement staat dat wordt toegewerkt naar tal van vaardigheden (zelfmanagementvaardigheden) die mensen met een chronische aandoening kunnen inzetten in hun dagelijks leven om ondanks de aandoening (en mogelijke beperkingen) toch zoveel mogelijk zelf te kunnen blijven doen.

Kan bijvoorbeeld gaan om ademhalingsoefeningen, vermijden van alcohol, op tijd pauzes nemen, bewegen, bloeddruk meten. Door de experts en sport- en beweegprofessionals wordt benadrukt dat het creëren van zelfmanagement en het ondersteunen hierbij erg belangrijk is voor deze groep. Een leefstijlcoach stelt: *'Ik probeer zelfmanagement en zelfregulatie te stimuleren. Je kunt ze coachen en tools aanreiken, zodat ze zelf in hun alledaagse leven goed kunnen omgaan met hun aandoening.'* Een andere beweegcoach: *'juist door een appel te doen op zelfmanagement, gaat deze groep ook steeds meer ervaren van wat ze nog allemaal kunnen. Een soort aangeleerde hulpeloosheid moet je voorkomen!'*

3.2 Valkuilen om het in beweging brengen van de groep chronisch zieken

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zijn tal van factoren genoemd die kunnen bijdragen het beïnvloeden en behouden van gedrag bij mensen met een chronische aandoening. Ook zijn er bepaalde zaken of factoren die juist moeten worden vermeden. Natuurlijk gaat het daarbij om tegenstellingen van de genoemde succesfactoren, maar er worden nog tal van andere valkuilen (of faalfactoren) naar voren gebracht. In deze paragraaf zetten we op een rij wat de experts en sport- en beweegprofessionals naar voren hebben gebracht.

Te weinig tijd nemen en te snel willen

Verandering en vooral behoud van (ander) gedrag kost tijd. Volgens een aantal sport- en beweegprofessionals willen we vaak te veel en te snel. Een beweegcoach stelt: *'Een valkuil is dat de begeleider of coach te veel en te snel wil. Je moet niet te ambitieus zijn. In het begin moet je niet te fanatiek beginnen. Dus niet meteen een dieet uit de kast trekken. Een eerste stap is om mensen in beweging te brengen. Zorgen dat ze twee keer in de week naar de sportschool komen en ook nog twee keer gaan wandelen. En dat is al een hele grote stap en hierdoor verbeteren ze al iets. We beginnen pas na 6-8 weken over voeding en wordt het programma intensiever. Vanaf dat moment kunnen er ook wat ambitieuzere doelen worden gesteld.'* Het gaat bij deze groep echt om een verandering van gedrag en dat betekent dat er principes gelden die ook bekend zijn uit de veranderkunde. Eén van de experts stelt het volgende: *'... weet je, het gaat bij deze groep om een echte verandering, een verandering in beweeggedrag, eetgedrag, structuur, vertrouwen in eigen kunnen enzovoort. Dat betekent dat je ook rekening moet houden met fases die we herkennen bij verandertrajecten zoals succeservaringen delen, kleine stapjes zetten, niet te veel tegelijkertijd willen. Met name dat laatste dat we te veel in te weinig tijd willen is een valkuil die altijd op de loer ligt.'* Een leefstijlcoach stelt dat blijvende ondersteuning wenselijk is: *'Je moet ze blijven ondersteunen/coachen voor een wat langere tijd. Deze groep kan namelijk ook heel snel weer terugvallen in inactief gedrag.'* Een instructeur van een preventiecentrum zegt over voldoende tijd nemen het volgende: *'Het is het aller moeilijkste van dit proces. Om ook echt de leefstijl van mensen te veranderen. Mensen kunnen het een half jaar succesvol doen maar dat wil niet zeggen dat ze dat na dat half jaar ook blijven volhouden. We proberen nu trajecten van minimaal een jaar en liever 2 jaar aan te bieden. De mensen beginnen dan met intensieve begeleiding en dan in de loop van 2 jaar de regie terug leggen bij de mensen. Dan heb ik mijn hoop een beetje gevestigd op fitness 2.0 waarbij we met sportverenigingen een nieuw recreatief sportkader inrichten waardoor die mensen ook kunnen volleyballen of badmintonnen zodat ze kunnen bewegen'*

op een manier waarbij ze uitgedaagd worden. Traject moet verder wat langer dan half jaar duren als je leefstijl ook daadwerkelijk wil veranderen. Wat wel kan is in een half jaar 20 kilo afvallen en fitter worden, je kan hierop zeker resultaat halen maar groot deel van die mensen valt daarna weer terug in oude gedrag.’ Om duurzame gedragsverandering te bewerkstelligen is dus een lange adem nodig en deze tijd moet, zo stellen de geïnterviewden unaniem, hoe dan ook worden genomen.

Te veel advies en voor de cliënt denken

‘Ga niet voortdurend adviezen geven’, is een zin die alle geïnterviewden benadrukken. ‘Te veel en te snel in de reparatiereflex schieten is een grote valkuil. We hebben vaak de neiging om mensen te gaan helpen en voor deze mensen een oplossing te verzinnen. Deze mensen hebben er echter vaak niks aan als wij de oplossing voor ze verzinnen omdat die misschien wel helemaal niet past bij de persoonlijke situatie. Je moet dus de regie aan de mensen zelf laten. Ook al start iemand dan met iets waarvan je zelf denkt dat zou ik niet zo doen, je moet iemand in dat proces begeleiden totdat je samen op het goede spoor komt.’, aldus een leefstijlcoach. ‘Controle en adviseren’ is aldus één van de experts uit den boze. Niet een (traditionele) coaching stijl toepassen van ‘moeten’, ‘controleren’, ‘adviseren’ of zaken opleggen. Ook niet vanuit de huisarts als autoriteit. Uiteindelijk moet de cliënt zelf willen en het doen. Vooral aan de achterliggende motivatie moet niet voorbij worden gegaan. Het maakt nogal wat uit of het gaat om ‘moeten’ of ook ‘willen’. ‘Het maakt vooral veel uit of iemand met een medische klacht naar mij toekomt en van daaruit meer gaat bewegen of dat iemand graag meer wil gaan bewegen al dan niet gestimuleerd door huisarts of andere hulpverlener. In dit eerste geval wordt je meer gezien als hulpverlener en zal iemand ook sneller dingen aannemen. In het andere geval is het juist belangrijk, of nog belangrijker, dat de motivatie vanuit iemand zelf komt en dat deze persoon zelf de voordelen van meer bewegen gaat zien en de nadelen van weinig bewegen’, zo geeft een leefstijlcoach aan.

Jezelf te veel als norm stellen

Er kan niet voldoende worden benadrukt dat degene met een chronische aandoening en weinig beweeghistorie bij de start nog niet veel kan. Tijdens de interviews wordt dit steeds benadrukt, *‘overschat niet wat ze kunnen’, ‘stel niet jezelf als norm’ en ‘ga nooit uit van je eigen situatie.’* Een beweegcoach zegt: *‘Ik loop al heel wat jaren mee en heb heel veel te maken met mensen met een chronische aandoening. Iedere keer betrap ik mezelf ook op, en natuurlijk gaat dat al beter, dat ik soms mezelf als norm stel. Dit gaat vaak niet eens bewust, maar meer in je hoofd van ‘goh, dit kan ze toch wel volhouden... Jezelf als norm stellen is uit den boze, je straalt dit onbewust namelijk ook uit van ‘kun je dit niet ... dit is toch niet zo zwaar?’* Een expert benadrukt dat ook in het taalgebruik en de toon hierop moet worden gelet. *‘In je taal en toon moet je heel goed opletten dat je niet onbewust toch jezelf als norm gaat stellen. Bijvoorbeeld door een norm te stellen die te hoog ligt voor iemand met bijvoorbeeld overgewicht en waar te weinig rekening wordt gehouden met haar/zijn basisconditie ... teleurstelling in je stem kan dan erg demotiverend werken.’*

Boven de groep stellen

Deze groep is vaak wat onzeker over wat ze wel en niet kunnen en ook over zichzelf. Soms bevinden ze zich in groepen die er fit uitzien en fit zijn. Dan is het belangrijk, zo blijkt uit de gesprekken, dat je niet boven de groep

moet gaan staan, maar ertussen. Een leefstijlcoach is kritisch over een top down benadering: *'Teveel top down is echt niet goed en kan soms intimiderend overkomen, zonder dat je het zelf wilt. Je moet tussen de groep gaan staan, dat geeft steun en betrokkenheid en verkleint direct de afstand tussen jou en de groep. Meedoen is ook prima.'* Een expert uit een preventiecentrum zegt iets soortgelijks: *'... sta niet voor de groep maar ertussen. Niet van boven naar 'beneden' adviezen geven, maar je op een gelijk niveau stellen en vooral steeds goed kijken wat ze wel en niet kunnen en ga niet algemene adviezen geven, is ook veel te traditioneel en te top down.'* Een beweegcoach/expert binnen een fitnesscentrum verwoordt dit als volgt: *'Het coachen van mensen blijft ontzettend moeilijk. Ten aanzien van bewegen hebben instructeurs meestal wel een goede opleiding of is die te volgen, over voeding is er steeds meer te vinden en te doen maar coachen van mensen individueel of in groepen dat blijft moeilijk. Als ik een training kon organiseren voor mijn personeel op het gebied van coachen dan zou ik dat zeker doen.'*

Onredelijke doelen stellen

Tijdens de gesprekken komt steeds weer terug dat doelen stellen heel belangrijk is. *'... ook voor deze groep die weinig beweegt of heeft bewogen is doelen stellen belangrijk. Een doel geeft richting, motiveert en met het behalen hiervan zijn ook successen te vieren. De doelen stellen we vaak veel te hoog, ondanks dat we vooraf denken ... dit moeten ze zeker halen. Wees realistisch in je ambities.'* Doelen stellen is dus goed, maar het komt heel nauw hoe hoog de doelen worden gesteld. *'Weet je met doelen, ze kunnen aan de ene kant heel erg motiveren, maar aan de andere kant kunnen de mensen over de kling worden gejaagd omdat de doelen ietsje te hoog zijn gesteld. Stel de doelen laag, ze moeten deze zonder te veel inspanning kunnen halen. Dan ook ervaren ze dat ze iets kunnen.'*

Fysieke omgeving niet of te weinig betrekken bij de beïnvloeding van gedrag

Veel beïnvloeding van gedrag is erg gericht op de attitude, intentie en motivatie van de deelnemers. Daarbij komt soms te veel de nadruk te liggen op het individu, terwijl voor gedragsverandering juist de fysieke omgeving ook heel belangrijk zijn. Soms gaat het daarbij om kleine zaken die toch een enorme invloed kunnen hebben op het beweeggedrag van mensen. Een mooi voorbeeld geeft een expert uit de fitnessbranche: *'Denk aan de omgeving waarin degene beweegt. Je moet bijvoorbeeld de inrichting van je ruimte binnen een fitnessclub nooit overlaten aan apparatenbouwers. Zij zetten zaken heel dicht op elkaar, zodat ze meer apparaten kunnen verkopen. Wat zien we dan dat mensen die overgewicht hebben zich tussen de apparaten moet wringen. De omgeving moet uitnodigen om te gaan bewegen en voor de 'weinig bewegende' aantrekkelijk zijn. Fitnessseigenaren hebben vaak weinig inzicht in inrichting van een ruimte en onderschatten de invloed hiervan op het beweeggedrag.'* Een expert stelt dat gedrag verschillende drijvende mechanismen heeft die aanzetten tot een bepaald gedrag. Daarbij gaat het niet alleen om hoe gemotiveerd iemand is, of iemand successen ervaart en of de doelen goed zijn gesteld, maar ook de fysieke omgeving is enorm belangrijk: *'Wij gaan in ons onderzoek uit van een zogenoemd ecologisch model, waarbij rekening wordt gehouden met (1) onbewuste factoren die een rol spelen bij gedrag, (2) de omgeving en (3) bewuste factoren. Bij de omgeving kun je bijvoorbeeld denken aan cues uit de omgeving, b.v. frisdrank op scholen niet aanbieden, artikelen in winkels wel of niet op ooghoogte. Er is in de omgeving sprake van keuzearchitectuur en dus moet willen we bewegen*

stimuleren we goed moeten nadenken over de inrichting van de ruimte. We kunnen in de omgeving dus ook veranderingen aanbrengen die een gezonde keuze net even gemakkelijker maken.'

Voorbijgaan aan de sociale omgeving

Nooit mag de invloed van de sociale omgeving worden onderschat bij specifiek deze groep. *'Stel je voor je bent 'klaar' om weer te starten met bewegen en in je omgeving wordt hier niet positief of zelfs negatief op gereageerd. De eerste keer ga je, wellicht ook de tweede keer, maar dan komt er een moment waarop je weerstand hiertegen afneemt en de handdoek in de ring gooit. Ik wil dan ook altijd dat de partner de eerste keren meekomt. Als die ook stimulerend zijn voor degene die meer wil bewegen dan scheelt dat enorm.'* Een andere beweegprofessional gaat nog een stapje verder: *'... als de sociale omgeving niet op een of andere manier wordt betrokken dan begin ik er niet aan, in de zin dat het ook gewoon niet gaat lukken. Social support is heel wezenlijk voor deze groep.'*

Te weinig oog voor de betekenis van bewegen voor de deelnemer

Doelen, zo zagen we al, zijn belangrijk om te stellen. In de gesprekken werd steeds benadrukt dat doelen richting geven. Doelen worden vaak gekwantificeerd, maar een te grote nadruk hierop gaat ten koste van de betekenis van bewegen in het leven van de deelnemers. Een van de beweegcoaches stelt: *'Bewegen moet je voor de deelnemers betekenisvol maken. Als je zegt is goed voor je gezondheid dan is dat minder krachtig dan 'je kunt weer met je kleinkind een balletje trappen', 'je kunt weer trappen lopen' of 'boodschappen zelf doen gaat je weer lukken'. Dan heeft het beweeggedrag betekenis gekregen. Ik heb gemerkt dat dit een enorm bijdraagt aan de motivatie van de deelnemers.'* Om te bepalen welke betekenis bewegen kan hebben voor de deelnemers, is het een voorwaarde dat je betrokkenheid hebt bij deze groep. *'Voor de begeleiding: het is heel belangrijk dat je de groep kunt lezen en voelen. Wat zijn de motieven, beweegredenen, waarom beweegt iemand wel en/of niet, wat vinden ze leuk!' Te veel nadruk op SMART geformuleerd doelen kan dus ten koste gaan van het meer kwalitatieve aspect van bewegen: 'wat betekent bewegen voor de deelnemer.'*

Hoofdstuk 4: Ervaringen sport- en beweegaanbieders

In het kader van het onderzoek zijn diverse sport- en beweegaanbieders gevraagd naar hun mening en ideeën over de manier waarop chronisch zieken blijvend in beweging kunnen worden gebracht. Hoe denken zij het gedrag van chronisch zieken te kunnen veranderen? Sport- en beweegaanbieders zijn de personen die veel invloed op deze groep uit kunnen oefenen en mensen kunnen motiveren om hun gedrag te veranderen. Zij spelen een belangrijke rol in het traject dat chronisch zieken doorlopen om structureel te kunnen blijven bewegen. Om de mening en ideeën van sport- en beweegaanbieders in kaart te brengen zijn er enerzijds interviews gehouden met sport- en beweegaanbieders (zie hiervoor ook hoofdstuk 3), anderzijds is er een vragenlijst uitgezet onder sport- en beweegaanbieders.

4.1 Samenstelling onderzoeksgroep

In totaal zijn er 7 interviews gehouden met sport- en beweegaanbieders (zie bijlage 2). Daarnaast hebben 56 personen de vragenlijst ingevuld. Van de sport- en beweegaanbieders die hebben deelgenomen aan het onderzoek is 56,8% man en 43,2% vrouw. Een meerderheid van de sport- en beweegaanbieders (47, 7%) is eigenaar van een centrum of club. Verder is 25% manager, 13,6% trainer/instructeur, 11,4% fysiotherapeut en 2,3% lid van een technische commissie bij een vereniging. In onderstaande tabel (4.1) staan de sporten die de sport- en beweegaanbieders aanbieden weergegeven.

Tabel 4.1: Sporten

Sport	Percentage
Fitness	42,9%
Voetbal	14,3%
Gymnastiek	5,4%
Korfbal	3,6%
Wandelsport	3,6%
Hardlopen	3,6%
Handbal	1,8%
Overig	25,0%

Uit de tabel blijkt dat fitness de meest vertegenwoordigde sport is in dit onderzoek. Deze sport wordt ook veel beoefend door chronisch zieken. Bij overig worden sporten genoemd als nordic walking, yoga, dans, aerobics en een combinatie van verschillende sporten. De verenigingen/clubs/centra waar deze sport- en beweegaanbieders werken hebben gemiddeld 1006 leden. Er zit wel een grote variatie in het aantal leden. Zo is er een vereniging/centrum of club met 6 leden en een vereniging/centrum of club met 3700 leden. Vooral de fitnessaanbieders hebben vaak veel leden.

4.2 Chronische aandoening

Bij 78,6% van de sport- en beweegaanbieders die de vragenlijst in hebben gevuld sporten leden met een chronische aandoening. Gemiddeld zijn dit 73 leden met een chronische aandoening per vereniging/club/centrum. Ook hierbij zit er weer veel verschil tussen de sport- en beweegaanbieders. Zo is er een vereniging/centrum of club met 1 lid met een chronische aandoening en een vereniging/centrum of club

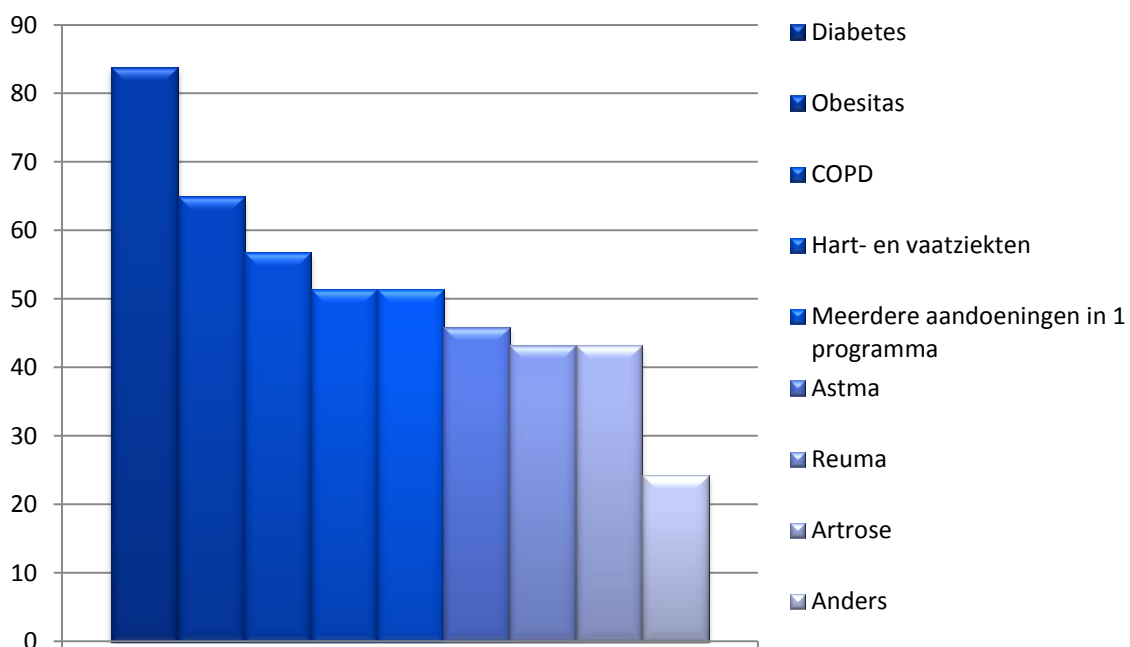
met 500 leden met een chronische aandoening. Uit de interviews met de sport- en beweegprofessionals blijken vooral groepen met diabetes type2, COPD en obesitas actief.

Een enkele gevallen geen chronisch zieken actief bij vereniging/centrum/club

Bij 12 van de 56 sport- en beweegaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld sporten geen mensen met een chronische aandoening. De meest genoemde reden is dat deze sport- en beweegaanbieders nooit moeite hebben gedaan om deze doelgroep binnen hun vereniging/club of centrum te krijgen (33,3%). Verder vindt een kwart van de sport- en beweegaanbieders de doelgroep moeilijk te bereiken en geeft 16,7% van de sport- en beweegaanbieders aan de ze te weinig vrijwilligers hebben om deze doelgroep op te vangen. Tot slot geeft één sport- en beweegaanbieder aan dat het niet past binnen de missie en visie van de vereniging/club/centrum. Van de 12 verenigingen/clubs/centra die geen leden met een chronische aandoening hebben, wil de helft in de toekomst wel graag leden met een chronische aandoening bij de vereniging/club/centrum laten sporten en bewegen en de andere helft weet dit nog niet. Geen van deze sport- en beweegaanbieders geeft nu al aan dat er geen plek is voor leden met een chronisch zieken in de toekomst.

4.3 Sport- en beweegaanbod voor chronisch zieken

Van de 44 verenigingen/clubs/centra die leden hebben een chronische aandoening hebben er 37 ook een speciaal sport- en beweegaanbod voor deze doelgroep. Voor welke mensen met een chronische aandoening zij aanbod hebben is te zien in onderstaande figuur 4.1.



Figuur 4.1: Sport- en beweegaanbod per doelgroep weergegeven in %.

Uit de figuur blijkt dat de meeste sport- en beweegaanbieders een sport- en beweegaanbod hebben voor diabetes, gevolgd door obesitas en COPD. De sport- en beweegaanbieders die voor anders hebben gekozen noemen als aandoeningen nog neurologische aandoeningen en GGZ-problematiek. De zeven sport- en beweegaanbieders die geen speciaal aanbod hebben voor mensen met een chronische aandoeningen maar wel leden hebben met een chronische aandoening geven aan dat mensen met een chronische aandoening gewoon mee kunnen doen met het reguliere aanbod en dat een speciaal aanbod dus niet nodig is.

4.4 Begeleiding van chronisch zieken

De mensen met een chronische aandoeningen worden bij de sport- en beweegaanbieders meestal begeleid door gediplomeerde trainers/instructeurs gespecialiseerd in mensen met een chronische aandoening (45,5%) of fysiotherapeuten (29,5%). Bij 11,4% van de sport- en beweegaanbieders wordt de doelgroep begeleid door gediplomeerde trainers/instructeurs zonder specialisatie. Tot slot heeft 13,6% van de sport- en beweegaanbieders nog gekozen voor de optie anders. Hierbij worden nog onder andere een bewegingsagoog en een gewichtsconsulent genoemd. Een van de geïnterviewden van een sportvereniging stelt het volgende: *‘... er zijn verschillende mensen met een chronische aandoening actief binnen de club. Maar eigenlijk zouden we onze trainers beter moeten toerusten om deze groep behoorlijk te kunnen begeleiden ... nu vallen ze soms tussen wal en schip, ze bevinden zich niet meer louter in het medische circuit, maar de toeleiding naar de sportvereniging is ook niet altijd gemakkelijk, omdat deskundig kader die om kan gaan met de groep chronisch zieken ontbreekt.’*

4.5 Gedragsbeïnvloeding

Zoals in deze rapportage al vaker aan bod is gekomen, vormen chronisch zieken een moeilijke doelgroep om structureel in beweging te krijgen. Aan de sport- en beweegaanbieders zijn dan ook verschillende vragen gesteld over de wijze waarop zij het gedrag van deze doelgroep willen beïnvloeden.

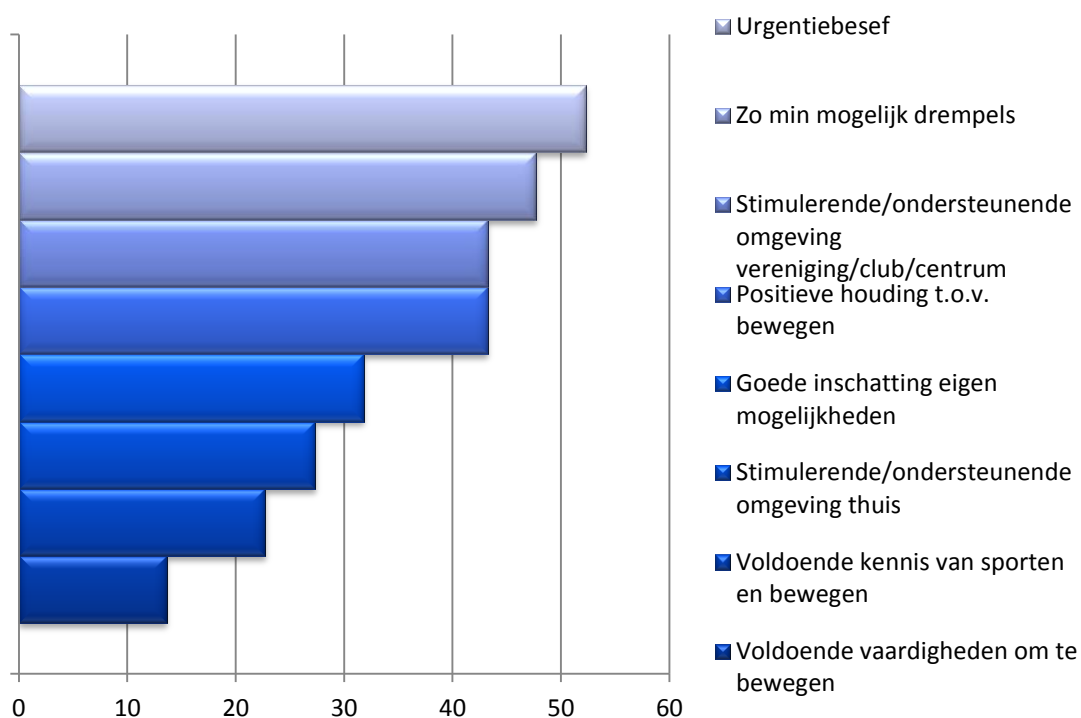
Gedragsmodellen

Van de sport- en beweegaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld werkt 91,9% aan de hand van een gedragsmodel. De modellen die worden genoemd zijn te vinden in bijlage 3. Uit de interviews ontstaat een iets ander beeld. Daar wordt vooral aangegeven dat men niet expliciet vanuit een bepaald gedragsmodel werkt om het gedrag te beïnvloeden. Als wordt doorgevraagd over hoe ze het gedrag beïnvloeden dan geven ze wel tal van factoren aan, die duidelijk maken dat er impliciet wel wordt gedacht en gewerkt vanuit gedragsmodellen. Zo geven ze aan dat mensen door verschillende fases gaan, de sociale omgeving van belang is en dat de intentie om te bewegen nog zeker niet betekent dat het gewenste beweeggedrag ook daadwerkelijk optreedt. Soms zijn er uitzonderingen. Een ervaren beweegcoach maakt gebruik van twee modellen: *‘Zelf maak ik gebruik van stages of change en sluit ik ook aan bij de determinanten uit het ASE model. Wel moet ik hierbij zeggen dat ik dit kan doen omdat ik door mijn achtergrond veel kennis hiervan heb. Onze instructeurs of coaches hebben dit natuurlijk minder dus die werken ook nog niet echt vanuit deze modellen. Ik wil hier wel*

aandacht aan gaan besteden zodat zij zich ook meer bewust worden van de verschillende fasen in gedragsverandering en kunnen sturen op determinanten.'

Factoren

Er kunnen verschillende factoren worden onderscheiden die een belangrijke invloed hebben op de verandering van gedrag van mensen met een chronische aandoening. Aan de sport- en beweegaanbieders is gevraagd aan te geven welke factoren volgens hen het belangrijkste zijn als het gaat om het structureel in beweging brengen van de mensen met een chronische aandoening. Figuur 4.2 laat zien welke factoren door sport- en beweegaanbieders het meest worden gekozen.



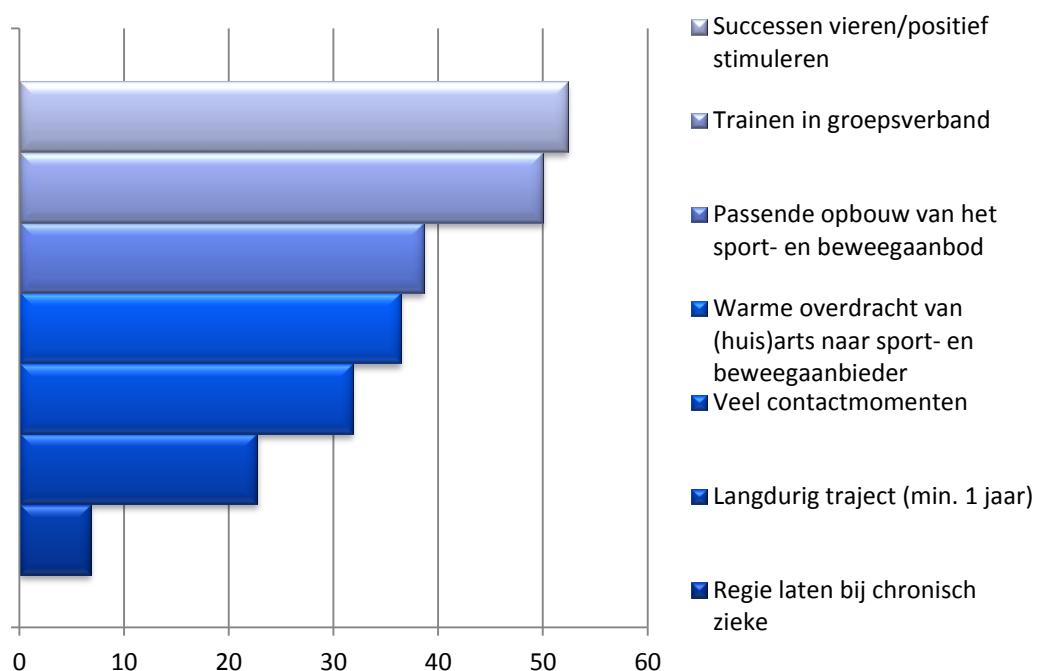
Figuur 4.2: Factoren om sport- en beweeggedrag te beïnvloeden van chronisch zieken in %.

Uit de figuur blijkt dat urgentiebesef de meest genoemde factor is door sport- en beweegaanbieders als het gaat om het blijvend in beweging brengen en houden van chronisch zieken. Ook zo min mogelijk drempels zoals afstand en kosten wordt vaak genoemd door sport- en beweegaanbieders. Vaardigheden zijn volgens de sport- en beweegaanbieders veel minder belangrijk bij het blijvend in beweging brengen en houden van mensen met een chronische aandoening. In de interviews hebben we ook gevraagd naar de factoren die belangrijk zijn bij het in beweging krijgen en houden van deze doelgroep en hebben deze verdeeld in factoren die hieraan kunnen bijdragen, de succesfactoren, en factoren die belemmerend kunnen zijn; de faalfactoren of valkuilen (zie hoofdstuk 3). In het online onderzoek is deze tweedeling ook aangehouden.

Succesfactoren en valkuilen

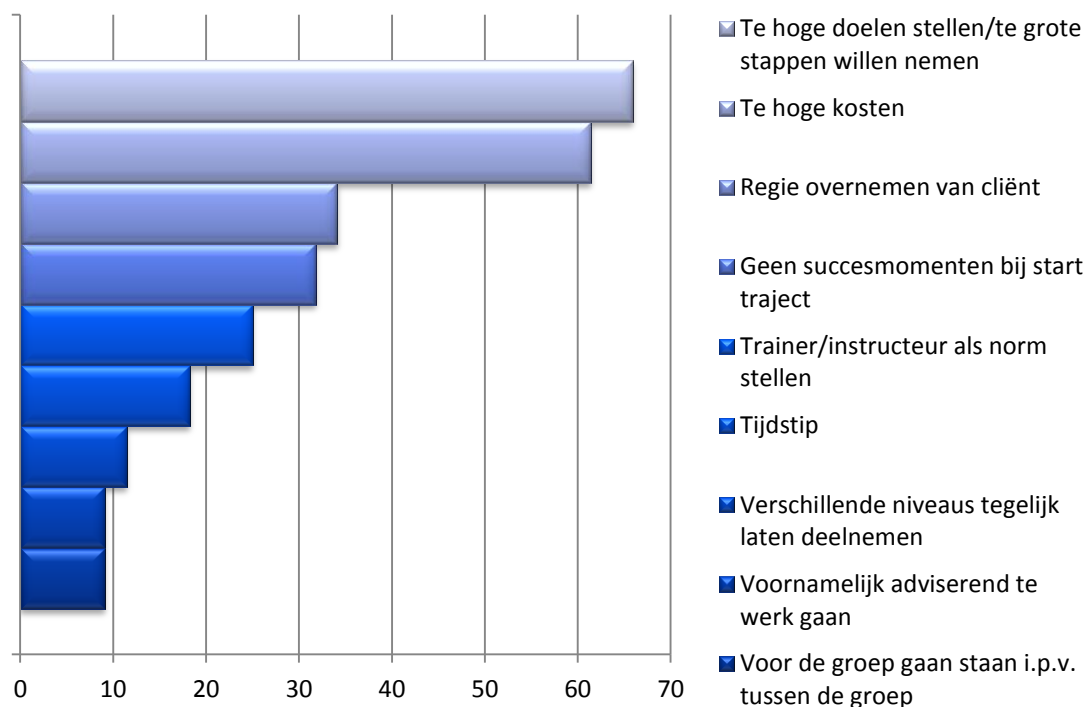
De sport- en beweegaanbieders hebben door hun praktijkervaring vaak goed zicht op wat werkt voor chronisch zieken en wat juist niet. Er is hen daarom gevraagd aan te geven wat de belangrijkste succesfactoren en

valkuilen zijn bij het in beweging brengen en houden van de doelgroep chronisch zieken. Figuur 3.3 laat de genoemde succesfactoren zien .



Figuur 4.3: Succesfactoren om sport- en beweggedrag te beïnvloeden van chronisch zieken in %.

In hoofdstuk 3 zijn we al uitgebreid ingegaan op de succesfactoren die in de interviews door de sport- en beweegprofessionals en experts zijn genoemd. Als we de antwoorden die ze hebben gegeven vergelijken met het iets bredere beeld (qua respondenten) dat uit de online vragenlijst naar voren komt, dan zitten daar kleine verschillen in, maar springen vooral de overeenkomsten in het oog. In de interviews werd benadrukt dat (i) positieve ervaringen/successen vieren belangrijk zijn, (ii) in groepen mensen elkaar stimuleren, (iii) het aanbod moet passen bij wat iemand kan (doelen niet te hoog stellen, plezier in activiteit), (iii) en gedragsverandering vaak een zaak van lange adem is. De regie laten bij chronisch zieken, hier wat lager scorend, is wellicht iets te sterk geformuleerd. Het zal niet zozeer de volledige regie betreffen, maar wel gericht op zelfmanagement en het rekening houdend met de autonomie van mensen, met coachende ondersteuning van de professional.



Figuur 4.4: Valkuilen bij het beïnvloeden van sport- en beweggedrag van chronisch zieken in %.

Uit figuur 4.4 blijkt dat de belangrijkste valkuilen zijn te hoge doelen stellen/te grote stappen willen nemen, de te hoge kosten en de regie overnemen van de cliënt. In de interviews zijn dit ook de zaken die naar voren komen. De te hoge kosten zijn in de interviews vooral ingebracht door bewegcoaches die door een lokale sportservice zijn ingezet om bewegen te stimuleren. Deze groep heeft maar een beperkte tijd om de ondersteuning te bieden, zijn gebonden aan ureninzet en budget, terwijl ze zelf aangeven dat deze groep juist behoefte heeft aan veel ondersteuning (met name het eerste jaar).

4.6 Behoeftte aan ondersteuning

Tot slot is aan de sport- en beweegaanbieders gevraagd of zij nog behoefte hebben aan ondersteuning als het gaat om het blijvend in beweging brengen en houden van chronisch zieken. Van de sport- en beweegaanbieders die nu nog geen chronisch zieken binnen hun vereniging/club of centrum hebben verwacht een kwart geen ondersteuning nodig te hebben als chronisch zieken komen sporten. Een kwart verwacht opgeleide trainers en instructeurs nodig te hebben en eveneens een kwart verwacht methodes/aanpakken nodig te hebben. Dan is er nog een groep van 16,7% die verwacht meer kennis nodig te hebben van de doelgroep en de aandoeningen.

De sport- en beweegaanbieders die nu al chronisch zieken binnen hun vereniging/club of centrum hebben konden aangeven of zij nog behoefte hebben aan een vorm van ondersteuning. Dit is voor 90,9% van de sport- en beweegaanbieders het geval. Tabel 4.2 laat zien aan welke vormen van ondersteuning sport- en beweegaanbieders het meest behoefte hebben.

Tabel 4.1: Vormen van ondersteuning weergegeven in %

Ondersteuning	Percentage
De doorverwijzing van de eerste lijn naar sport- en beweegaanbieder	59,1%
Methodes/aanpakken	38,6%
Informatie over het bereiken van de doelgroep	38,6%
Meer kennis over de doelgroep	29,5%
Coachingsvaardigheden	25,0%
Opleidingsmodules	20,5%
Intercollegiaal overleg	18,2%
Specifiek opgeleide trainers/instructeurs	15,9%

Een meerderheid van de sport- en beweegaanbieders heeft behoefte aan ondersteuning op het gebied van de doorverwijzing van chronisch zieken van de eerste lijn naar sport- en beweegaanbieders. Verder heeft 38,6% behoefte aan methodes of aanpakken om chronisch zieken in beweging te brengen en te houden en eveneens 38,6% wil graag meer informatie over de wijze waarop zij de doelgroep chronisch zieken kunnen bereiken. Aan specifiek opgeleide trainers en intercollegiaal overleg is wat minder behoefte.

Uit de interviews geven vooral de fitnessexperts aan dat het goed zou zijn om de instructeurs met een introductietraining, en wellicht later met een wat uitgebreidere module, over hoe het gedrag van chronisch zieken te beïnvloeden. Met name vanuit de preventiecentra bestaat deze behoefte. Ook geeft men aan dat de afstemming met de eerstelijnszorg nog niet altijd goed verloopt. Een beweegcoach stelt: *'het zijn toch nog twee werelden die langs elkaar heen werken, het medische circuit/de zorg en de sport. Er zou heel veel zijn gewonnen als binnen de sportverenigingen meer kennis en kunde bij het kader over chronisch zieken en de eerstelijnszorg meer gebruik maakt van de infrastructuur aan sport- en beweegmogelijkheden.'*

5. Bouwstenen voor sport- en beweegaanbieders

Het literatuuronderzoek, de gesprekken met experts en sport- en beweegaanbieders en het online onderzoek hebben voldoende informatie opgeleverd om enkele bouwstenen aan te reiken. Deze bouwstenen zijn in zekere zin een clustering van de informatie die in deze rapportage is verzameld en geïnterpreteerd. Ze moeten handvatten bieden om bijvoorbeeld methodieken, modules en één- of meerdaagse trainingen te ontwikkelen, kennis en ervaringen te verspreiden of gewoon enkele concrete tips of goede voorbeelden te geven. Uiteindelijk is voor NISB van belang dat de sport- en beweegaanbieders (preventie- en fitnesscentra, sportverenigingen, commercieel georganiseerd aanbod) toegerust worden met kennis/kunde in de meest brede zin van het woord, aan de hand waarvan volwassenen met een (een hoog risico op) een chronische niet overdraagbare aandoening beter begeleid kunnen worden naar duurzaam bewegen. Hier worden enkele bouwstenen gegeven die de richting bieden voor de genoemde 'toerusting'. Het gaat hier zowel om bouwstenen die meer over de inhoud gaan, als bouwstenen die over het proces en de richting/focus gaan. De bouwstenen richten zich dus zowel op het *wat* als het *hoe*.

1. Richt je op een selectie van gedragsmodellen

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat qua bekendheid en toepasbaarheid er drie gedragsmodellen eruit sprongen. Het ASE-model, Stages of Change en de theorie of model van 'Self Determination'. Toepassing en uitwerking van deze drie modellen in methodieken en trainingen lijkt het meest voor de hand te liggen. In deze modellen ligt de nadruk op de verschillende fases waar iemand doorgaat, de ondersteunende omgeving en intrinsieke motivatie. Dit zijn drie belangrijke onderdelen die voor de groep chronisch zieken met weinig beweeghistorie als heel belangrijk worden aangemerkt.

2. Geef specifieke kennis over chronisch zieken op eenvoudige wijze en in relatie tot Bewegen

Hoewel wordt aangegeven dat niet te veel de nadruk moet komen te liggen op de aandoening of ziekte, is het voor bijvoorbeeld instructeurs of bewegcoaches goed om wat achtergrondkennis te hebben over verschillende facetten van chronische aandoeningen in verband met bewegen. Degene die de deelnemers begeleidt, zoals fitnessinstructeurs, bewegcoaches en leefstijlcoaches, krijgen dan feeling met deze groep en een eerste idee wat ze wel en niet kunnen. Zoals in deze rapportage al vaak aangegeven is in het doelen stellen realisme een heel belangrijke, vaak wordt er net iets te veel verwacht van de deze groep deelnemers.

3. Ontwikkel meer concrete kennis, kunde en tools over aanpassingen van fysieke omgeving en priming en nudging

Uit de gesprekken blijkt dat enkele experts wel van *nudging* en *priming* heeft gehoord en de beweegprofessionals niet. Toch lijkt het zinvol, mede omdat wordt benadrukt dat de inrichting van de fysieke omgeving belangrijk is voor de beïnvloeding van het beweeggedrag, om concrete voorbeelden te geven van hoe principes van nudging zijn te vertalen naar de praktijk van bijvoorbeeld de inrichting van preventie- en fitnesscentra. Ook de onbewuste beïnvloeding van gedrag blijkt bij veel, vooral beweegcoaches, een onbekend terrein, terwijl uit onderzoek steeds meer blijkt dat veel van de gedragsbeïnvloeding onbewust geschiedt. Ook hier lijkt van belang om met concrete voorbeelden aan te geven hoe ook onbewust het gedrag van mensen is te beïnvloeden.

4. Houd bij het ontwikkelen van trainingen, modules en cursussen rekening met de belangrijkste succesfactoren

Houd bij het ontwikkelen van modules, aanpakken en methodieken rekening met de succesfactoren van gedragsbeïnvloeding van deze groep die in dit onderzoek naar voren komen. Dit zijn hele concrete factoren die door beweegprofessionals zijn te gebruiken in hun dagelijkse (beweeg)praktijk. Het gaat om de volgende succesfactoren:

- Richt je vooral op het weghalen van barrières.
- Deze groep moet om kunnen gaan met fysiek ongemak en discomfort.
- Creëer voortdurend positieve ervaringen.
- Zorg voor het juiste vaardigheidsniveau.
- Focus altijd op gedrag en niet (louter) op uitkomst(maten) en de aandoening.
- Houd rekening met de ambivalente houding van de deelnemer/cliënt en coach/instructeur.
- Stimuleer en ondersteun zelfmonitoring.
- Stel realistische doelen ('goal setting').
- Autonomie.
- Creëer sociale netwerken en een groepsaankpak.
- Probeer plezier in bewegen te realiseren.
- Feedback opbouwend en specifiek.
- Toon oprechte betrokkenheid en bied steun.
- Richt je op transfer naar alledaagse leefwereld ('actieve leefstijl').
- Kennis over de werking van het lichaam.
- Werk toe naar zelfmanagement.

5. Bij het ontwikkelen van trainingen, modules en cursussen ook steeds aangeven welke valkuilen die moeten worden vermeden

De vorige bouwsteen had betrekking op factoren die kunnen bijdragen aan het streven naar duurzaam bewegen van mensen met een chronische aandoening en een geringe beweeghistorie. Er zijn ook tal van factoren genoemd die juist belemmerend kunnen werken en zijn aan te merken als faalfactoren of valkuilen. Laat in presentaties, modules en methodieken ook deze factoren zien. Het gaat daarbij om de volgende factoren:

- Te weinig tijd nemen en te snel willen.
- Te veel advies en voor de cliënt denken.
- Jezelf te veel als norm stellen.
- Boven de groep stellen.
- Onredelijke doelen stellen.
- Fysieke omgeving niet of te weinig betrekken bij de beïnvloeding van gedrag.
- Voorbijgaan aan de sociale omgeving.
- Te weinig oog voor de betekenis van bewegen voor de deelnemer.

6. Autonomie, zelfmanagement, zelfmotivatie en zelfmonitoring

Uit de interviews wordt heel duidelijk dat de uitgangspunten van de Self Determination Theory het meest effectief zijn voor de doelgroep die het hier betreft. Het gaat bij de groep mensen met een chronische aandoening en weinig beweeghistorie om (i) stimuleren van de intrinsieke motivatie, (ii) een beroep op de autonomie van deze groep, (iii) sociale support en (iv) ervaren van toename van de eigen effectiviteit (eigen vaardigheden). Uiteindelijk streven is zelfmanagement te creëren, waarbij ook zelfmonitoring een belangrijke plaats moet hebben.

7. Motivational interviewing als belangrijke 'tool'

Motivational Interviewing sluit goed aan bij de uitgangspunten van het gedragsmodel SDT. Juist omdat motivational interviewing zich richt op de autonomie en het 'zelf willen en kunnen veranderen' en niet op advisering en sturing maakt dat Motivational Interviewing een belangrijke tool is.

8. Gebruik elementen vanuit Neuro Linguïstiek Programmeren (NLP)

In de gesprekken kwam vaak naar voren dat deze groep vaak stuit op 'belemmerende overtuigingen', 'aangeleerde hulpeloosheid'. Vooral de sport- en beweegprofessionals gebruiken verschillende elementen vanuit de NLP om bepaalde 'ingeslepen patronen' te doorbreken. Naast motivational interviewing zouden ook elementen uit de NLP van belang kunnen zijn voor het 'in beweging krijgen van mensen met een chronische aandoening en weinig beweeghistorie.

9. Probeer samen met sport- en beweegprofessionals te ontwikkelen

Ontwikkel cursussen, methodieken en modules niet onafhankelijk van de beweegprofessionals. Deze groep heeft heel veel expertise van de doelgroep en tevens is de kans groter dat ze een cursus of training inzetten waar ze zelf bij betrokken zijn geweest. Een begin zou kunnen zijn om onderhavige rapportage te versturen en te vragen naar betrokkenheid bij de ontwikkeling van methodieken (trainingen, cursussen, modules). Probeer dus co-creatie te realiseren.

10. Richt je op die sportverenigingen en centra die aangeven dat er behoefte

Hoewel er veel mensen een chronische aandoening hebben in Nederland is het niet haalbaar dat elke sportvereniging of elk fitnesscentrum een aanbod heeft voor chronisch zieken. De begeleiding van chronisch zieken bij het bewegen vraagt om een zekere kennis en daarnaast is het voor chronisch zieken soms ook prettig als zij kunnen sporten en bewegen samen met 'lotgenoten'. Door bij elke sportvereniging of bij elk fitnesscentrum aanbod te creëren ontstaat er versnippering en dat komt niet ten goede aan de kwaliteit van het aanbod. Het lijkt daarom dan ook het meest zinvol om aanbod te creëren bij de verenigingen en centra die aangeven dat er behoefte is. De doelgroep is dan al binnen en het kader is dan ook al deels bekend met de doelgroep. Binnen de verenigingen en centra kan dan de expertise op het gebied van chronisch zieken verder worden uitgebreid zodat er kwaliteitsvol aanbod ontstaat. Dit neemt niet weg dat als een chronisch zieke wil participeren binnen een reguliere vereniging of fitnesscentrum het wel prettig is als hier de mogelijkheid voor wordt gegeven.

Literatuur

Annesi, J.J. (2004). Relationship of social cognitive theory factors to exercise maintenance in adults. *Perceptual and Motor Skills*, 99, pp.142-148.

Annesi, J.J. (2012). Supported Exercise Improves Controlled Eating and Weight through its Effects on Psychosocial Factors: Extending a Systematic Research Program Toward Treatment Development. *The Permanente Journal*, 16, 1, pp.7-18.

Baart, De la Faille – Deutekom, M., Middelkamp, J. & Steenbergen, J. (2011). *The State of Research in The Global Fitness Industry*. Deventer: daM uitgeverij.

Biddle, S.J.H & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity*. Londen/New York. Routledge.

Burg, J., Assema, P. & Lechner, L. (2010). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering – Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Damoiseaux, V., H.T. van der Molen & G.J. Kok (red.) (1998). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum; Heerlen: Open Universiteit.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Dugdill, L., Crone, D. & Murphy, R. (2009). *Physical Activity & Health Promotion – Evidenced-based Approaches to Practice*. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd.

Köke, A, Wilgen, P. van P., Engers, A. & Geilen, M. (2007). *Graded Activity – een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Middelkamp, J., Wolfhagen, P. & Steenbergen, J. (2013). *Klantenbehoud in fitnessclubs – Praktische retentie tools voor managers*. BlackBoxFitness.

Mulier Instituut (2011). *Sportersmonitor 2011*. Niet officieel gepubliceerd, Utrecht: Mulier Instituut

Prochaska, J. & Marcus, B. (1994). The transtheoretical model; applications to exercise. In: Dishman, R.K.: *Advances in exercise adherence*. Human Kinetics Illinois (pp.161-180).

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model, *Health Education Behavior* 2 (4): pp. 328–335.

RUG & AZG (2003). *Grip op lijf en leven – Zelfmanagement van chronische aandoeningen*. Groningen (reader).

Tiemeijer, W.L., Thomas, C.A. & Prast, H.M. (Red/2009). *De menselijke beslisser – Over de psychologie van keuze en gedrag*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Tiemeijer, W.L. (2011). *Hoe mensen keuzes maken – De psychologie van het beslissen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Vries, de H., Mudde, A., Leijds, I., Charlton, A. & Buijs, G. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): an example of Integral Prevention. *Health Educ Res*, 18, pp.611-626.

Bijlage 1: Experts

Jan Middelkamp	Fitnessexpert en onderzoeker/promovendus.
Peter Wolfhagen	Fitnessexpert en expert op gedragsbeïnvloeding. Directeur Activity Workx.
Ronald Hennekens	Harten voor Sport / Eigenaar ActiefMET
Tom Schrurs	Beweegmakelaar Overvecht Specialist programma's Ouderen, Volwassenen, Sport op Maat en Plussport
Wim Hullegie	Lector Musculoskeletale Revalidatie, directeur FysioGym Twente
Stef Kremers	Professor UniMaas, vakgroep gezondheidsbevordering

:

:

Bijlage 2: Sport- en beweegprofessionals

John van Heel	Directeur EFAA, Weert
Jacob Steenbergen	Fysiotherapeut, directeur/eigenaar Therapie- und Gesundheitszentrum Sonsbeck
Dianne van Zuylen	Leefstijlcoach/fysiotherapeut fitnesscentrum
Pim Lexmond	Eigenaar preventiecentrum
Ilse Rietdijk	Beweegcoach Overvecht Gezond
Joan Boelens	Directeur bewegingscentrum Drachten, bestuurslid Fit!vak
Kevin Tuin	Verenigingsmanager VictoriaBoys, Vitale sportvereniging Enschede

Bijlage 3: Gedragsmodellen

(pre)diabetes protocol volgens het Fitvak	1
Actief met Diabetes Actief met Obesitas Overig obv. Med. instr./Fysio	1
BigMove	1
Coaching	1
cognitieve gedragbeïnvloeding	1
Conform richtlijnen Preventiecentra	1
contacten met huisartsen en POH	1
Diabetesprprogramma i.s.m Fitvak Preventiecentra. Co-Eur Obesitasbegeleiding : hoofdbehandelaar is een psycholoog, daarnaast bewegingsprogramma en begeleiding dietiste	1
Doen wat wel kan en niet doen wat niet kan. conditie verbeteren en valpreventie.	1
Een op de doelgroep afgestemd protocol in combinatie met persoonlijke coach sessies	1
er wordt gewerkt vanuit ieders mogelijkheid,daardoor krijgt men veel zelfvertrouwen. DIFFIENTIEREN EN NOG EENS DIFFIENTIEREN	1
FitVak protocollen diabetes preventie	1
Graded Activity	1
intake - introductie - startfase - vervolgfase 1 - implementatiefase - leefstijlfase (continu)	1
inzetten van Motivational Interviewing en Gezamenlijke Besluitvorming fysiotherapeutische zorgplannen bij doelgroeptraining (beweegprogramma`s) volgens kngf en netwerk Fysiz Sportimpulsproject Maasdonk in Beweging	1
its my life leefstijlprogramma, beweegmonitor gekoppeld aan webportaal	1
meer begeleiding, trainingen op juiste energie/mogelijkheden niveau	1
Meer Bewegen voor ouderen, MBvO	1
Motivational interviewing en o.a. gebruik van hele gedragsverandering keten o.a. ASE.	1
plezier maken waardoor bewegen automatisch in gang wordt gezet, alles op alle nivo`s aanbieden zodat ieder mee kan doen	1
Preventiecentrum en Fysiotherapie	1
Preventiecentrum.	1
Protocollen fitvak	1

psychotherapie	1
Richtlijnen kngf en eigen protocollen	1
Schijf van 3 recept + ons eigen 6 maanden fitness begeleidings protocol	1
speels en gevarieerd wandelen	1
Verschillende doelgerichte campagnes en protocollen	1
Volgens het preventiecentrum protocol en obesitas via fitkids protocol	1
Volgens Preventiecentrum	1
We werken met een beweegmonitor en coach programma. Mensen krijgen zelf inzicht in hun beweegpatroon maar de coach ook.	1
Werkwijze volgens Operis	1
Wij zijn een OCA centrum	1