

Samenwerken met lokaal beweegaanbod

Hoe de impact van de geriatriefysiotherapeut groter wordt

Liesbeth Preller



Het Nederlandse zorg- en ondersteuningsbeleid is voor kwetsbare ouderen de laatste jaren uitermate snel veranderd. Zo worden mensen geacht langer thuis te blijven wonen. Behoud van fysieke en cognitieve functies en mobiliteit is daarbij essentieel. Dat betekent dat mensen voldoende moeten (blijven) bewegen. In de wijk zijn er meestal voldoende mogelijkheden om kwetsbare ouderen daarbij te ondersteunen, maar juist die groep wordt met aanbod niet goed bereikt. Dit kan sterk verbeteren door meer samenwerking tussen zorg en sport, waarbij voor de geriatriefysiotherapeut een potentieel belangrijke rol is weggelegd. Dit artikel geeft een overzicht van lokaal aanbod en samenwerkingspartners, en voorbeelden op welke manier de geriatriefysiotherapeut, met beperkte inspanning, zijn impact kan vergroten.

Hyperlinks

In de digitale versie zijn hyperlinks opgenomen. De digitale versie staat online op de website van de NVFG.

Auteursgegevens: Liesbeth Preller (dr. ir.) is adviseur bij Kenniscentrum Sport op het gebied van bewegen voor ouderen en mensen met een chronische aandoening.

Correspondentie: liesbeth.preller@kcsport.nl

Inleiding

Van ouderen wordt verwacht dat ze langer thuis blijven wonen, en daarbij zoveel mogelijk zelfredzaam zijn. Voldoende bewegen is daarbij belangrijk. Het ondersteunt het behoud van fysieke en cognitieve functies en mobiliteit. Maar veel ouderen bewegen om verschillende redenen weinig, en voldoen niet aan de [beweegrichtlijnen](#) die in 2017 zijn opgesteld door de Gezondheidsraad (1). Volgens het [RIVM](#) voldoet in de groep 65 tot 69 jarigen 48% aan de beweegrichtlijnen, tussen 80 en 84 jaar is dat nog maar 20%, en bij 85 jaar of ouder is het minder dan 10% (figuur 1) (2).

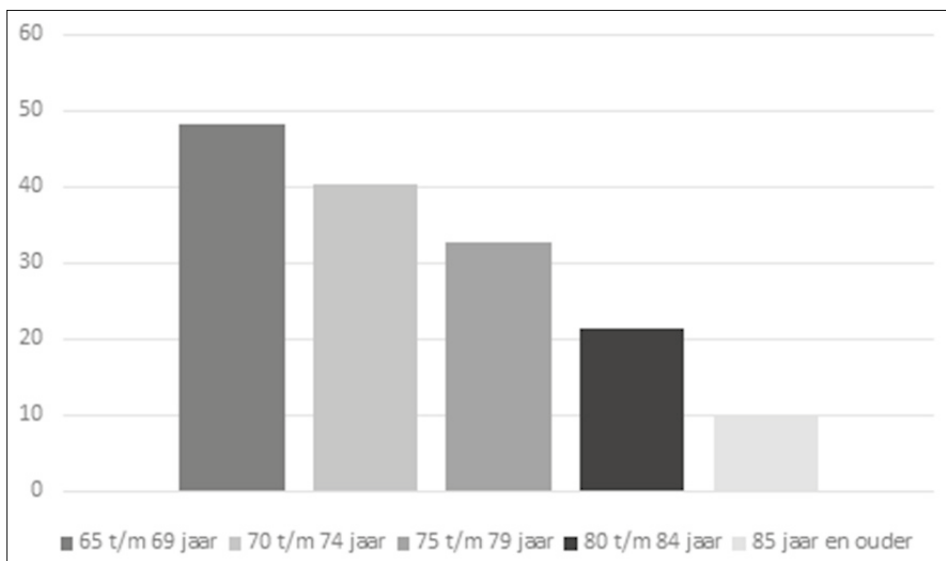
In bepaalde groepen zijn de mensen die weinig bewegen sterk oververtegenwoordigd. Van de 65-plussers met een lichamelijke beperking voldoet bijvoorbeeld slechts 16% aan de beweegrichtlijnen. Van de groep die daar bovenop een chronische aandoening heeft, slechts 13%. Voor mensen met ernstig overgewicht (BMI ≥ 30) gaat het om 26% die voldoet aan de beweegrichtlijnen, tegen 44% van degenen met

een normaal gewicht (BMI < 25).

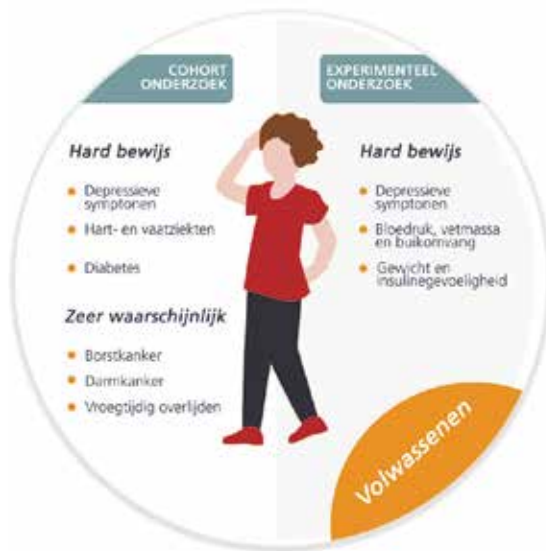
Dit zijn alarmerende cijfers. Zeker gezien de enorme hoeveelheid bewijs dat voldoende bewegen op heel veel fronten gunstig is voor fysieke en mentale gezondheid. De sterkste bewijzen voor specifieke aandoeningen en condities zijn door de Gezondheidsraad samengevat in de onderbouwing van de beweegrichtlijnen. Anders geformuleerd zorgt bewegen voor een lager risico op vier domeinen van kwetsbaarheid: fysiek, cognitief, psychisch en sociaal (3). Daarnaast wijzen nog veel meer onderzoeken op de negatieve effecten van te weinig bewegen, zoals eerdere opname in verpleeghuis ten gevolge van sarcopenie (4).

Toegevoegde waarde van de geriatriefysiotherapeut

Goede voorbeelden daargelaten, kan de inzet van preventieve beweegactiviteiten een stuk beter wanneer zorg en sport beter zijn verbonden. Wij zien bij Kenniscentrum Sport een potentieel duidelijk toege-



Figuur 1: Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijnen (2)



Figuur 2a: Gezondheidseffecten van bewegen bij ouderen (1)

Figuur 2b: Gezondheidseffecten van bewegen bij volwassenen (1)

voegde waarde van de geriatriefysiotherapeut bij preventief bewegen voor ouderen. De geriatriefysiotherapeut kan patiënten en andere kwetsbare ouderen faciliteren en stimuleren bij (meer) bewegen. De focus in dit artikel ligt op de thuiswonende oudere in de wijk, maar de geriatriefysiotherapeut kan natuurlijk ook een mooie bijdrage leveren bij ziekenhuisopname en in verpleeghuizen.

Wij onderscheiden vier werkwijzen voor de geriatriefysiotherapeut. Sommige bijbehorende activiteiten kosten geen, of vrijwel geen, extra tijd en zijn goed in te passen in de huidige werkwijze. Andere vragen meer. Gebrek aan financiële vergoeding is daarbij wel een belemmering, maar kan opwegen tegen de verbeterde dienstverlening aan de kwetsbare oudere.

Vier mogelijke werkwijzen:

1. Direct gerelateerd aan de behandeling. Binnen de behandeling werken geriatriefysiotherapeuten aan gedragsverandering en aan het integreren van meer bewegen in het dagelijks leven, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de [Beweegcirkel](#). Daarbij of daarna kan doorverwezen worden naar aanbod buiten de

praktijk, door optimaal gebruik te maken van bestaand aanbod en professionals in de wijk;

2. De geriatriefysiotherapeut kan zelf een start maken met het aanbod en vervolgens meedenken over passend aansluitend aanbod, om te zorgen dat mensen daarna blijven bewegen;
3. Verbinden met het netwerk in de wijk is ook een rol voor de geriatriefysiotherapeut. Dit zorgt voor optimalisering van het aanbod en voor korte lijnen tussen zorg en sport. Wat doorverwijzen van patiënten en afstemming over aanpak makkelijker maakt;
4. De geriatriefysiotherapeut kan kennis delen over bewegen, bewustwording vergroten en adviseren. Uiteraard bij patiënten, maar verder bij partners in de wijk uit zorg, welzijn en sport, en de gemeente. Dit vergroot de kans dat bewegen meer wordt ingezet en speciale voorzieningen gerealiseerd worden om aanbod bereikbaar te maken.

Om als geriatriefysiotherapeut een of meer rollen te kunnen spelen, bespreken we facetten van deelname aan preventief aanbod. Vervolgens bespreken we summier organisatie op gemeentelijke niveau en daarna uitgebreid het veld van aanbieders en aan-

bod, met voorbeelden van toepassingen.

Deelname aan groepsaanbod

Kwetsbare ouderen behalen veel gezondheidswinst door deelname aan georganiseerd aanbod. Het verhoogt ten eerste de wekelijkse hoeveelheid bewegen. Ten tweede is het in potentie intensiever dan andere beweging in het dagelijks leven: veel van die activiteiten halen niet het niveau van matig intensief. Ten derde worden bepaalde functies geoefend die anders niet aan bod komen. Daarbovenop is een beweegactiviteit voor veel ouderen een belangrijke sociale bezigheid.

Helaas worden veel ouderen niet bereikt met geschikt aanbod. Enkele oorzaken zijn:

- Er is een groep die niet gemotiveerd is om te bewegen. Waarvan een deel verstokt niet-beweger is en een ander deel met de juiste aanpak vermoedelijk wel te motiveren is;
- De tweede groep van vitale ouderen sport nog zelf, maar haakt op den duur af vanwege te veel fysieke ongemakken door ouderdom, door ziekte, mantelzorgverplichtingen voor partner of vervoersproblemen. Of neemt minder initiatief door cognitieve achteruitgang. Alternatief

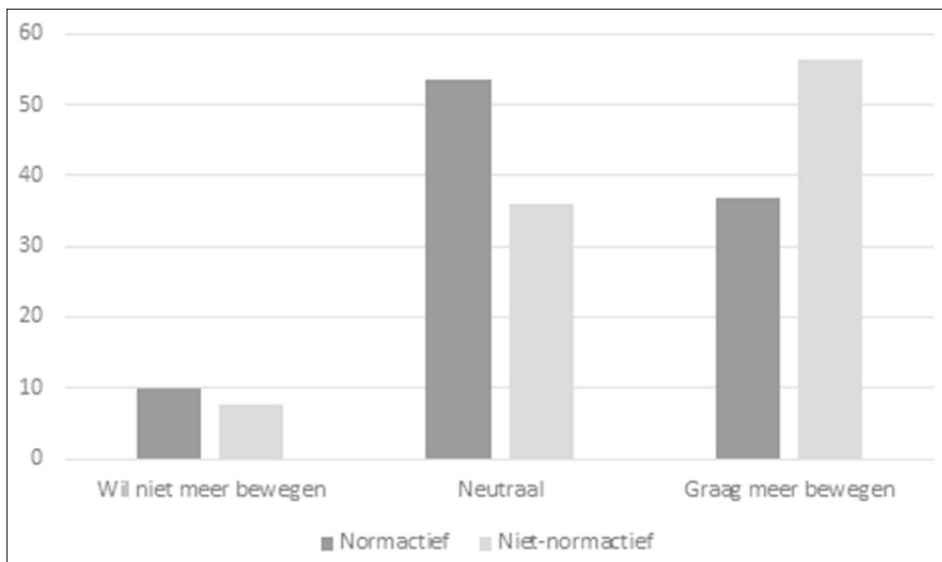
aanbod is onbekend en wordt niet aangeboden;

- Een grote groep huidige ouderen heeft weinig zogenaamde beweeghistorie en heeft nooit geleerd dat recreatief bewegen leuk is (5). Een deel heeft geen idee dat er passend aanbod is, een ander deel weet niet wat geschikt is.

Op basis van een onderzoek van Kenniscentrum Sport onder ouderen met chronische aandoeningen vermoeden wij dat een relevant deel van degenen die niet voldeden aan de toen geldende beweegnorm wel meer wil bewegen (6). Slechts 8% wilde niet meer bewegen dan ze deden, maar de meerderheid zei graag of heel graag meer te willen bewegen (figuur 3). Vooral mensen met weinig vertrouwen in hun beweegmogelijkheden wensen daarbij ondersteuning van zorgverleners.

Gemeentelijke aanpak

Een geriatriefysiotherapeut die zich meer richt op preventie krijgt te maken met de gemeente. Preventief sport- en beweegbeleid is namelijk vooral een - sterk gedecentraliseerde - gemeentelijke kwestie. Er zijn geen landelijke inspannings- en resultaatverplichtingen. De financiering die direct besteed kan worden aan beweegstimulering komt vooral uit het gemeentelijke sportbudget en is zeer beperkt. Andere beleid-



Figuur 3: Wens van oudere mensen met chronische aandoeningen ten aanzien van bewegen, uitgesplitst naar het voldoen aan de verouderde beweegnorm: per week minimaal vijf dagen, dertig minuten matig intensief bewegen (percentage) (6)

De buurtsportcoachregeling

De rijksoverheid betaalt voor 40% mee aan de lokale buurtsportcoach. Landelijk gezien gaat het om 3625 fte. De toewijzing per gemeente gebeurt op basis van het inwoneraantal.

Meestal betaalt de gemeente de rest (69%), maar ook andere organisaties als gezondheidscentra kunnen dat doen. Buurtsportcoaches worden ingezet op verschillende doelgroepen. De focus ligt op jeugd en kwetsbare doelgroepen. De verdeling van de inzet over groepen wordt lokaal bepaald. Buurtsportcoaches worden aangesteld binnen de sport of andere organisaties, voor ouderen frequent bij welzijnsorganisaties. De buurtsportcoaches hebben diverse opleidingsachtergronden: MBO, HBO of WO, en bijvoorbeeld een sport-, zorg-, welzijns- en onderwijsachtergrond (8).

sterreinen zoals *Wmo* en *Gezondheid* betalen veelal niet of in beperkte mate mee aan beweegactiviteiten van Sport, die er wel voor zorgen dat doelstellingen op andere beleidsterreinen worden behaald (7). Preventieve activiteiten worden door zowel gesubsidieerde als niet gesubsidieerde organisaties, en door professionals uit verschillende sectoren aangeboden. De regie ontbreekt veelal.

Het gevolg van de huidige organisatie is dat het totaaloverzicht van preventief aanbod op lokaal niveau ontbreekt en dat verschillen tussen gemeenten groot zijn.

Aanbieders en aanbod

Eerst het slechte nieuws. Er zijn groepen waarvoor geen of weinig geschikt en bereikbaar aanbod is. Met ongewijzigd beleid blijft dat vermoedelijk nog wel even zo. Denk aan thuiswonende ouderen met dementie, die geen dagbesteding hebben, of naar een dagbesteding gaan waar marginale aandacht is voor bewegen. Ook voor mensen met specifieke

*... ook buiten de behandeling
kan de geriatriefysiotherapeut
een belangrijke rol spelen ...*

fysieke beperkingen is weinig geschikt aanbod of is het fysiek slecht bereikbaar. Dat kan door vervoersproblemen komen, maar ook door slechte toegankelijkheid van de accommodatie. Extra kosten worden niet vergoed door *Wmo* of de zorgverzekering, of slechts met veel moeite. Zijn de groepen wel in beeld

bij zorg of welzijn, dan wordt aanbod gezocht binnen de eigen sector en deelname aan beweegaanbod niet overwogen.

Dan het goede nieuws: er zijn veel mogelijkheden om kwetsbare ouderen meer preventief te laten bewegen. Dit hoeft de geriatriefysiotherapeut niet alleen te doen. Juist samenwerken met en doorverwijzen leidt al snel tot winst.

De buurtsportcoach kwetsbare ouderen

De buurtsportcoach is een belangrijke, zo niet de belangrijkste, professional in de wijk om preventief bewegen voor kwetsbare ouderen mogelijk te maken. De buurtsportcoach - ook opererend onder de naam beweegconsulent of beweegmakelaar - is niet bij iedereen bekend, maar wel werkzaam in vrijwel alle gemeenten in Nederland. De buurtsportcoachregeling bestaat sinds 2012. De professie is nog volop in ontwikkeling. Een kerntaak is het verbinden van Sport met andere sectoren zoals zorg en welzijn (zie kader de buurtsportcoachregeling). Buurtsportcoaches werken meestal vraaggericht op basis van signalen van bewoners en stakeholders in de wijk. Dit maakt het meteen lastig om duidelijk te maken wat de buurtsportcoach doet: zijn takenpakket is behoorlijk flexibel in te vullen en ligt maar voor een beperkte tijd min of meer vast. Uit onderzoek onder buurtsportcoaches die samenwerken met de eerste lijnszorg, blijkt dat zij globaal gesproken drie rollen aannemen (9).

1. Doorverwijzer: als doorverwijzer begeleidt de buurtsportcoach inwoners die van hun huisarts, praktijkondersteuner, diëtist, fysio- of oefentherapeut het advies krijgen om (meer) te gaan bewegen. De buurtsportcoach heeft of creëert het overzicht van sport-

- en beweegaanbieders in de wijk en kijkt met de patiënt welke activiteit het beste aansluit bij de wensen en mogelijkheden.
2. Organisator: deze buurtsportcoach organiseert en ondersteunt activiteiten van en voor sport- en beweegaanbieders, zorg- en welzijnsorganisaties. Het gaat dan om laagdrempelige beweegactiviteiten die aansluiten bij de doelgroep, zoals kennismakingslessen, clinics of evenementen.
 3. Makelaar: deze brengt organisaties en personen met elkaar in contact. Hierdoor komen vraag en aanbod dicht bij elkaar en leren ze elkaar beter kennen. De vraag komt in dit geval van de zorgverlener die zijn of haar patiënten wil verwijzen naar regulier beweegaanbod. De aanbieders zijn de sport- en beweegaanbieders die activiteiten organiseren voor de doelgroep in de wijk.

Tot nu toe werken buurtsportcoaches vooral in de wijk. Samenwerking met professionals die in de eerste lijn werken is dan logisch. De inzet van buurtsportcoaches die samenwerken met een ziekenhuis of verpleeghuis blijft sterk achter. Een ons bekende uitzondering is de buurtsportcoach die voor [ziekenhuis Gelderse Vallei](#) werkt. Deze buurtsportcoach begeleidt patiënten op verzoek van medisch personeel naar passend aanbod. Maar de mogelijkheden voor de buurtsportcoach om voor de tweede of derde lijn te werken zijn breder dan dit.

... kwetsbare ouderen moeten soms letterlijk bij de hand worden genomen ...

Veel buurtsportcoaches staan open voor samenwerking met de zorg, die zonder een toegankelijke houding vanuit die zorg lastig te realiseren is. Door, liefst met meer collega's, de buurtsportcoach duidelijk te maken voor welke ouderen aanbod ontbreekt en waarom, wordt de kans groter dat aanbod gerealiseerd wordt. Denk mee over het oplossen van de problemen en blijf betrokken. Dat hoeft niet per se veel tijd te kosten.

De welzijnsorganisatie

Een deel van de welzijnsorganisaties heeft zelf een buurtsportcoach in dienst, heeft Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)-aanbod, of ander specifiek beweegaanbod voor ouderen. De welzijnsorganisatie is vergeleken met sportorganisaties beter in staat om mensen te bereiken die weinig bewegen.

Georganiseerde sport

Diverse [sportbonden](#) en daarmee verenigingen hebben specifiek aanbod voor ouderen, hoewel niet alles geschikt (te maken) is voor kwetsbare ouderen. Een bekend voorbeeld dat sterk wint aan populariteit is walking football, ook wel Old Stars genoemd. In Haarlem bieden ze dat zelfs aan aan mensen met dementie. Een filmpje laat zien hoe ze dat daar organiseren. Andere voorbeelden zijn Body Mind Fit (Aikido Nederland), Masters Trendweken van de Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie (KNGU), en MijnZwemcoach van de Koninklijke Nederlandse Zwembond (KNZB). Daarbuiten zijn er verenigingen die bijzonder aanbod hebben voor kwetsbare ouderen, zoals koersbal, sjoelen, en jeu de boules.

Fitnessondernemers

Meer fitnessondernemers richten zich met hun aanbod op minder mobiele ouderen. Fitness met het label *Preventiecentrum* van NL Actief (de branchevereniging van circa 1000 fitnesslocaties) stelt extra eisen aan de kwaliteit van begeleiders. Er zijn centra die zich daarbij richten op specifieke aandoeningen: niet aangeboren hersenaandoeningen (NAH), diabetes en obesitas. Zie voor locatie en specialisatie de site van branchevereniging NL Actief. Centra die aanbod hebben voor ouderen in het algemeen zijn daar ook te vinden.

(Semi-)commerciële aanbieders

Andere (semi-) commerciële organisaties, zoals zwembaden, bieden begeleid aanbod, ook op een niveau dat geschikt is voor ouderen.

Verpleeghuizen

Diverse verpleeghuizen stellen accommodatie en aanbod open voor bewoners in de wijk. De buurtsportcoach kan daarbij ook ingezet worden, zoals bijvoorbeeld in [Amersfoort](#) wordt gedaan.

Wandelen

Veel ouderen vinden wandelen een prettige activiteit. Dat kan met verschillende insteek: erg laagdrempelig een stukje wandelen, sportief wandelen, nordic walking, cultuurwandelingen, in de natuur. Wandelingen zijn er bijvoorbeeld onder begeleiding van [IVN-vrijwilligers](#), geaccrediteerde [wandeltrainers](#), en [natuurwandelen](#) van Natuurmonumenten. Daarnaast zijn er vaak diverse anders georganiseerde wandelgroepjes.

Erkende interventies

Interventies zijn (meestal) tijdelijke beweegprogramma's die erg geschikt kunnen zijn om mensen op weg te helpen meer zelfstandig te bewegen. Ze worden voor verschillende doeleinden ingezet, zoals voor het

*... samenwerking met lokaal
beweegaanbod levert veel
gezondheidswinst ...*

overwinnen van bepaalde angsten en belemmeringen, of om geleidelijk het bewegen op te bouwen vanuit een slechte uitgangssituatie.

Diverse Nederlandse thema-instituten hebben een gezamenlijke systematiek om interventies te beoordelen en te erkennen op niveaus variërend van goed

beschreven tot sterke aanwijzingen voor effectiviteit. Alle erkende sport- en beweeginterventies zijn met beschrijvingen te vinden via de site van [Kenniscentrum Sport](#).

Realiseer wel dat een effectieve interventie pas echt effectief kan zijn als die goed wordt uitgevoerd. Ef-

*... de buurtsportcoach is er juist
voor de verbinding zorg-sport ...*

fectiviteit betekent evenmin dat het aangeleerde gedrag langere tijd behouden blijft, terwijl dat hetgene is wat de inzet van interventies rechtvaardigt. Er dient daarom een bepaalde vorm van vervolg te zijn. Voor kwetsbare ouderen is het belangrijk dat er een naadloze overgang is en er zo weinig mogelijk verschil is wat betreft tijd, locatie, en deelnemers in de groep. Soms moeten mensen bijna letterlijk bij de hand genomen worden om deel te nemen aan het vervolg (10).

Het aantal plaatsen waar een interventie momenteel uitgevoerd wordt varieert van (vrijwel) geen tot in veel plaatsen MBvO. Bij de buurtsportcoach of de interventie-eigenaar is bekend wat in de buurt uitgevoerd wordt.

Er zijn veel interventies die in theorie geschikt zijn

Casus 1: Contact leggen met gemeente voor behoud van beweeggedrag.

Mevrouw X is in de 80. Door een hartoperatie is haar conditie sterk achteruit gegaan. Bovendien is haar evenwicht slecht. Ze is mantelzorger voor haar thuiswonende dementerende echtgenoot, waardoor ze sterk beperkt wordt in haar sociale contacten. Eigenlijk wil ze niet meedoen met een georganiseerd programma. Uiteindelijk doet ze toch mee aan een valpreventieprogramma in de buurt, uitgevoerd door een geriatriefysiotherapeut en vergoed door de verzekeraar. Na afloop (10 sessies) heeft ze twijfels over het nut van het geleerde voor haar. Ze heeft het wél erg leuk gevonden met de andere deelnemers. Helaas is er geen vervolg. Ze oefent niet verder en heeft geen contact meer met de andere deelnemers. De gemeente was niet op de hoogte van de aangeboden interventie, en de fysiotherapeut niet van aanbod op de naastgelegen accommodatie van de gemeente.

Wat kan de geriatriefysiotherapeut doen? Deze kan een volgende keer overleggen met de gemeente of de buurtsportcoach of er aansluitend aanbod is of kan komen op de naastgelegen accommodatie. Bij voorkeur op dezelfde dag en tijd. De kans is groot dat een deel van de groep doorgaat en ook bereid is tenminste een deel van de kosten zelf te betalen. De gemeente is blij dat ze nieuwe mensen bereikt met hun activiteiten.

Casus 2: Inzet van interventie en doorverwijzen, en/of meewerken aan aanbod in de wijk.

Mevrouw Y is halverwege de 80 en woont alleen. Ze wordt wat minder goed ter been. Ze valt en breekt haar heup. Na haar val revalideert ze bij de geriatriefysiotherapeut, twee weken met verblijf en acht weken thuis. Daarna traint ze nog lange tijd bij de fysiotherapeut op de hometrainer. Door haar val durf ze niet meer zelfstandig de deur uit en is ook binnenshuis bang om vallen. Ze is nu sterk aangewezen op haar kinderen. Sociale contacten heeft ze daarbuiten niet.

Voor en na haar val is ze niet gemotiveerd om in een groep te gaan bewegen, hoewel haar kinderen dat graag zien. 'Daar ben ik niet van'.

Wat was hier mogelijk? In haar geval lijkt het verstandig om na de revalidatie te starten met een individuele interventie als Coach2move, met min of meer verplicht vervolg in groepsverband. Het kopje koffie na een groepsessie is belangrijk voor het contact met andere deelnemers. Uiteindelijk kan ze doorstromen naar aanbod buiten de zorg. Bij voorkeur met mensen uit dezelfde groep. Of (tijdelijk) samen met een van haar kinderen.

Nog beter zou het geweest zijn als mevrouw eerder in beeld was bij het sociaal wijkteam, dat mensen doorverwezen krijgt van partners uit zorg, welzijn en sport. Ze had verleid kunnen worden tot deelname aan een (tijdelijke) interventie. Waarbij het overigens niet gezegd is dat de breuk te voorkomen was, maar waarbij ze wel actiever kan blijven en mogelijk meer open staat voor deelname aan groepsactiviteiten om haar afhankelijkheid van directe familie te verkleinen.

De primaire verantwoordelijkheid om een dergelijk structuur mogelijk te maken ligt bij de gemeente, maar er zijn meer partijen nodig: buurtsportcoach, huisarts (POH), het sociale wijkteam, geriatriefysiotherapeut, ziekenhuis en eventueel zorgverzekeraar. Het kost tijd en moeite om zoiets te organiseren, maar het potentieel aantal mensen dat in de wijk gebaat is met dergelijk aanbod is groot. De waardevolle bijdrage van de geriatriefysiotherapeut bestaat bijvoorbeeld uit doorverwijzing en indicering en daarnaast uit specialistisch fysiotherapeutisch advies over randvoorwaarden voor inhoud van aanbod.

voor kwetsbare ouderen. We beschrijven hier een selectie, gemaakt op basis van onze ervaringen: interventies die de fysiotherapeut zelf uit kan voeren, die belangrijk en goed toepasbaar zijn voor de doelgroep, en die veel ingezet worden.

Interventies die de fysiotherapeut zelf uitvoert en meedenkt over vervolgaanbod

Valpreventie (goed onderbouwd of sterke aanwijzingen effectiviteit)

Er zijn verschillende erkende valpreventieprogramma's: *Zicht op evenwicht*, *Vallen verleden tijd*, *Zeker bewegen* en het *OTAGO thuisprogramma*. Door onder meer het aanleren van vaardigheden en weg nemen van valangst wordt beoogd het valrisico en de gevolgen van vallen te beperken.

De interventies kunnen gegeven worden door fysiotherapeuten. Een belangrijk punt van aandacht is de borging van het aangeleerde en behoud van be-

weeggedrag (zie casus 1).

Coach2move (goede aanwijzingen voor effectiviteit)

Coach2Move is een fysiotherapeutische integrale aanpak voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Deelnemers volgen een van de drie pakketten, afhankelijk van de beperkingen. Lichamelijke functionele belemmeringen worden getraind en er wordt actief ingezet op gedragsverandering. Door de beperkte duur is de verbinding met aanbod in de wijk belangrijk.

Interventies om naar door te verwijzen en om te ondersteunen bij de opzet

Sociaal Vitaal (eerste aanwijzingen voor effectiviteit)

Sociaal Vitaal is een intensief programma voor zelfstandig wonende ouderen met een laag opleidingsniveau en inkomen, die onvoldoende lichamelijk ac-

Casus 3: Stimuleren van opzet van bereikbaar wijkaanbod voor mensen met dementie.

In een minder welvarende wijk in een stad zijn er veel ouderen, ook veel met dementie. Hiervoor bestaat een wijknetwerk met vertegenwoordigers uit zorg en welzijn. Er is divers aanbod voor ouderen maar een overzicht is niet beschikbaar.

Een casemanager oppert dat het goed zou zijn als er meer aandacht zou zijn voor bewegen voor thuiswonende mensen met dementie, die niet naar de dagbesteding gaan. Een pilot toont aan dat deelnemers en hun mantelzorgers een beweegactiviteit erg waarderen. Het belang wordt door diverse mensen onderschreven. Ook een enkele geriatriefysiotherapeut geeft aan dat aanbod na behandeling zeer wenselijk is. Het probleem is echter dat de doelgroep vervoer nodig heeft om naar een beweeglocatie te komen, hetgeen niet onder de normale voorzieningen valt. Gaan mensen in eenzelfde fase van dementie naar de dagbesteding, dan is vervoer geregeld. De organisatie van aanbod stukt. Het is te ingewikkeld en cliënten, mantelzorgers en zorgverleners vragen niet actief naar aanbod. Er is geen overleg tussen de buurtsportcoach, afdeling sport en de afdeling Wmo van de gemeente. De afdeling Wmo kan geen prioriteit geven aan het realiseren van collectieve vervoersmogelijkheden. De groep blijft tussen wal en schip vallen.

Wat is hier mogelijk? Iets opzetten is complex. Het is in eerste instantie belangrijk dat een georganiseerde groep fysiotherapeuten bij de gemeentelijke afdelingen zorg, welzijn en sport de noodzaak van aanbod voor deze kwetsbare groep adresseert. Vanwege het preventieve karakter hoort de regie voor organisatie van aanbod thuis bij de gemeente. Buurtsportcoach en sociaal wijkteam kunnen met ondersteuning van en in overleg met thuiszorg, casemanager, huisarts, gemeentelijke afdelingen, en mogelijk zorgverzekeraar zorgen dat aanbod inclusief vervoer gerealiseerd en geborgd wordt. De geriatriefysiotherapeut adviseert in de opstartfase over verantwoorde inhoud en kan ingehuurd worden om begeleiders bij te scholen, en verwijst patiënten door of indiceert deelnemers tijdens de uitvoering.

Een [businesscase uit de gemeente Deventer](#) laat zien dat dergelijk aanbod als alternatief voor dagbesteding potentieel sterk kosten-effectief is. Op basis van wetenschappelijke inzichten is berekend dat het beweegprogramma leidt tot aanmerkelijke besparingen op zorgkosten. Daarbij zijn de kosten voor beweegaanbod lager dan voor dagbesteding.

tief en eenzaam zijn. Verwijzing van cliënten met weinig sociale contacten tijdens of na afloop van behandeling naar dit of een vergelijkbaar programma helpt hen in fysiek en sociaal opzicht. Dit programma wordt vanwege de intensieve aanpak (nog) niet breed ingezet.

MBvO (goed beschreven)

Meer bewegen voor ouderen bestaat al sinds 1971 en zal bij veel lezers van dit blad bekend zijn. Beweegplezier en sociaal contact zijn bij MBvO erg belangrijk. De doelgroep bestaat uit senioren met ouderdomsmotoriek. MBvO wordt gegeven door docenten met een speciale opleiding hiervoor. MBvO is er in verschillende vormen: gymnastiek, dans, watergymnastiek, ontspannen bewegen, yoga, (sportief) wandelen en spel en sport.

Nationale Diabetes Challenge (goed onderbouwd)

De Nationale Diabetes Challenge beoogt mensen met (een verhoogd risico op) diabetes type 2 in 16 tot 20 weken structureel meer laten bewegen. Dit gebeurt in samenwerking met professionals werkzaam in het zorg-, sport- en gemeentelijk domein. Er zijn varianten voor mensen met COPD. Mensen met andere belemmeringen kunnen vaak meedoen. De interventie is populair: het wandelen is laagdrempelig en het bevordert op een natuurlijke manier de samenwerking tussen verschillende domeinen.

Promuscle in de praktijk (momenteel in erkenningstraject)

Promuscle in de praktijk richt zich op het doorbreken van de neerwaartse spiraal van afnemende functionaliteit. Met progressieve krachttraining en voeding met voldoende eiwitten (12 weken intensief, 12 we-

ken aanvullend, en continuering van bewegen) winnen mensen aan spierkracht. In het voorafgaande klinisch onderzoek ging het om gemiddeld 40%! meer beenspierkracht (11).

Samenwerken rond ziekenhuisopname

Better in Better out (geen erkende interventie)

Better in Better out, wellicht bekend, wordt door diverse ziekenhuizen ingezet in de peri-operatieve zorg voor ouderen met een geplande ziekenhuisopname. Ziekenhuisopname zorgt bij ouderen voor sterk en wellicht deels permanent verlies van spiermassa. Normaal verliezen ouderen 0,2 kilogram spiermassa per jaar, in het ziekenhuis kan dat wel 0,2 kilo per dag zijn. De interventie zet in op versterking voor opname met een vervolg na opname. Het is een uitdaging pre-operatieve fysiotherapie gefinancierd te krijgen. De fysiotherapeut kan samenwerken met kwalitatief goed aanbod buiten de zorg. Als alternatief voor behandeling vooraf bij de fysiotherapeut, maar ook voor beter behoud na afronding van het revalidatieproces.

Tot slot

Regels rond financiering en organisatie zitten effectieve inzet van preventief bewegen in de weg. Een goede samenwerking in de wijk met stakeholders uit diverse sectoren ondersteunt de inzet en vraagt creativiteit, maar leidt met relatief beperkte inspanningen tot veel individuele en op den duur maatschappelijke winst. Die inzet wordt niet vanuit de basisverzekering vergoed. Er zijn echter steeds meer lokale en [regio-nale preventiecoalities](#) die eventueel met rijkssubsidie mogelijkheden vinden voor financiering van preventie. Aan de geriatriefysiotherapeut de keus om te investeren en daarmee de dienstverlening aan kwetsbare ouderen te verbeteren.

Literatuur

1. Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Publicatienr. 2017/08. Den Haag: Gezondheidsraad; 2017.
2. RIVM. Sport en bewegen in cijfers. Beschikbaar via: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/ouderen-bewegen>. Geraadpleegd 12 juli 2019.
3. RIVM. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid?. Bilthoven: RIVM; 2015.
4. **Mijnarends DM, Schols JMGA, Halfens RJG, Meijers JMM, Luiking YC, Verlaan S, et al.** Burden-of-illness

Onze kennis over bewegen voor ouderen ontsluiten we via de themapagina op allesoversport.nl 'Sport en bewegen voor ouderen'. Hier zijn bijvoorbeeld instrumenten te vinden hoe je binnen een organisatie kunt werken aan het verbeteren van beweegbeleid, en daar in de praktijk mee aan de slag kunt gaan. Daarnaast zijn er artikelen over bewegen in woonzorginstellingen en over dementie. Via de pagina kun je je aanmelden voor onze 3-maandelijkse nieuwsbrief.

of Dutch community-dwelling older adults with sarcopenia: health related outcomes and costs. Eur Geriatr Med 2016;7:276-84.

5. **Kenter E, Crone M, Gebhardt W, Lottman I, Rossum M van.** Wat beweegt u? Een kwalitatief onderzoek naar de invloed van levensgebeurtenissen tijdens de ouderdom op het beweeggedrag van senioren uit Alphen aan den Rijn en Oegstgeest. Leiden: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland; 2013.
6. **Groothuis M, Preller L.** Wat beweegt mensen met een chronische aandoening? Een onderzoek naar stimulerende en belemmerende factoren om te bewegen bij mensen met chronische aandoeningen. Ede: Kenniscentrum Sport; 2016.
7. **Hoekman R, Maat K van der.** Monitor lokaal sportbeleid 2016: faciliteren, activeren en inspireren. Utrecht: Mulier Instituut; 2017.
8. **Lindert C van, Brandsema A, Scholten V, Poel H van der.** Evaluatie buurtsportcoaches: "De Brede impuls combinatiefuncties als werkend proces". Utrecht: Mulier Instituut; 2017
9. **Leenaars KEF, Smit E, Wagemakers A, Molleman GRM, Koelen MA.** The role of the care sport connector in the Netherlands. Health Promot Int. 2018 Jun 1; 33(3):422-435.
10. **Kenniscentrum Sport.** Whitepaper succesvolle inzet van interventies voor 55-plussers: wat werkt om ouderen in beweging te krijgen en te houden?. Ede: Kenniscentrum Sport; 2018.
11. **Tieland M, Dirks ML, van der Zwaluw N, Verdijk LB, van de Rest O, de Groot LC et al.** Protein supplementation increases muscle mass gain during prolonged resistance-type exercise training in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2012 Oct;13(8):713-9.