



EBOOK

NAH

NIET-AANGEBOREN

HERSENLETSEL

COLOFON

UITGEVER:

NL Actief, branchevereniging van de erkende en ondernemende sport- en beweegbedrijven in Nederland

Eerste druk gepubliceerd door NL Actief in 2016.

2E DRUK

Kennisdossier niet-aangeboren hersenletsel versie 3.0

Begeleidingsprotocol bij niet-aangeboren hersenletsel versie 3.0

VORMGEVING:

Jeroen van Leusden | Wolf Art Studio

NL ACTIEF

Papendallaan 51
6816 VD Arnhem

Tel. algemeen: (085) 4869100

E-mail: info@nlactief.nl

Website: www.nlactief.nl

Afbeeldingen dienen uitsluitend ter illustratie en zijn niet noodzakelijk een realistische en/of volledige vertegenwoordiging van het object dat wordt afgebeeld.

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag, zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht, c.q. de uitgever van deze uitgave door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hem (hen) op te treden, niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

De uitgever is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor kopiëren, als bedoeld in art. 17 lid 2. Auteurswet 1912 en in het KB van 20 juni 1974 (Stb. 351) ex artikel 16b., te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden.



INHOUD

DEEL 1. KENNISDOSSIER

1. Voorwoord	8
1.1. Gebruikte termen en afkortingen	11
2. Inleiding	12
2.1. Meet me @the Gym	14
2.2. Historie	15
3. Het NL Actief Preventiecentrum als brug van revalidatie naar zelfstandig sporten en bewegen	16
3.1. Algemene voorwaarden binnen en rond het NL Actief Preventiecentrum	17
3.2. Beweegzorg en het keurmerk NL Actief Preventiecentrum als brug tussen gezondheidszorg en het fitnesscentrum	18
3.3. Samenwerking tussen het NL Actief Preventiecentrum en de (beweeg)zorg professionals	22
4. Achtergrond van NAH	
4.1. Niet-aangeboren hersenletsel	26
4.2. Functies van de hersenen en bewustzijn	27
4.3. Overzicht van de gevolgen van NAH	31
4.4. Zelfstandigheid van de persoon met NAH na de revalidatie	34
4.5. Cognitieve, emotionele, gedrags- en motorische problemen te samen leiden tot problemen in het dagelijks functioneren	36
5. Effecten van lichaamsbeweging op mensen met niet-aangeboren hersenaandoeningen	40
5.1. Het belang van bewegen in het algemeen	41
5.2. Invloed van bewegen op de gevolgen van NAH	41
5.3. Overzicht van de effecten van bewegen en sporten voor mensen met NAH	43
6. Intake en Testen	44
6.1. De intakeprocedure	45
6.2. Inhoud van het intakegesprek	45
6.3. Het voeren van een (intake)gesprek	47
6.4. Testen	47
7. Het samenstellen van een beweeg- en/of trainingsprogramma	48
7.1. Bewegedoelstelling en trainingsprogramma	49
7.2. Begeleidingsprofielen	50
8. Belangrijke informatie voor het trainen van mensen met NAH	52
8.1. Omgaan met NAH (met name de cognitieve stoornissen)	53
8.2. Coaching: luisteren en observeren en het geven van instructies en adviezen	54
8.3. Motivatie van de deelnemer	55
8.4. Blessurepreventie	57

DEEL 2. BEGELEIDINGSPROTOCOL

9. Voorwoord	60
9.1. Gebruikte termen en afkortingen	62
10. Ontvangst en Intakeprocedure	64
10.1. De ontvangstprocedure	65
10.2. PAR-Q vragenlijst en 'Eigen Verklaring' van deelnemers	65
10.3. Stroomschema ontvangst nieuwe deelnemers bij NL Actief Preventiecentrum	66
10.4. Overzicht van Intakeprocedure en Begeleidingsprofielen bij FPC	67
10.5. De Intakeprocedure	67
10.6. Het intakegesprek	68
10.7. Gesprekstechniek	68
10.8. Inhoud van het gesprek	72
10.9. Specifieke aandachtspunten bij deelnemers met NAH	74
10.10. Bepaling van concrete individuele doelen	75
10.11. Tools voor het intakegesprek: Vragenlijsten, formulieren etc.	76
11. Testen en Monitoren	78
11.1. Testen en Monitoren algemeen	79
11.2. Waarom fysieke testen?	79
11.3. Submaximale testen ter bepaling van het uithoudingsvermogen	79
11.4. Veiligheid van fysieke testen	80
11.5. Monitoren van activiteiten: logboek	80
12. Achtergrond van NAH	82
12.1. Overzicht over gegevens	83
12.2. Communicatie met (beweeg)zorgprofessional	83
12.3. Zelfstandigheid en begeleidingsprofielen	84
12.4. Lange termijnplan: het beweegprogramma	85
12.5. Korte termijnplan: het trainingsprogramma	85
12.6. Evaluatie en voortgang	86
13. Begeleiden en coachen tijdens het beweegprogramma	88
13.1. Veiligheid	89
13.2. Effectiviteit en tevredenheid	90
13.3. Instructies en coaching	90
13.4. Specifieke aandachtspunten van deelnemers bij begeleiding	90
13.5. Betrekken van buddy's en peers	90
Bijlagen	92
A. PAR-Q vragenlijst	94
B. De Specific Activity Scale	96
C. Patiënt Specifieke Klachtenlijst	97
D. De beweegvorm- en beweegvoorkeur analyse	99
E. De doelen en motievenanalyse	101
F. 6 Minuten Wandeltest (6MWT)	103
G. Åstrand fietsergometertest	112
H. BORG-schaal	116
I. Visueel Analoge Schaal (VAS)	117
J. Voorbeeld logboek	118
K. Meldingsplicht klachten en symptomen	119
L. Voorbeeld jaarplanning	121

DEEL 1

KENNISDOSSIER

NAH - NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL





1 HOOFDSTUK

VOORWOORD



VOORWOORD

1. Voorwoord

Voor u ligt het Kennisdossier voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). In samenwerking met NL Actief en Sportgeneeskunde Nederland hebben de Hersenstichting en de Edwin van der Sar Foundation - sinds 2021 gefuseerd met de Hersenstichting - in 2013 het initiatief genomen om een keurmerk te ontwikkelen voor fitnesscentra die zich specialiseren in het begeleiden van mensen met NAH. Onder de naam Meet me at the Gym zijn alle activiteiten gebundeld. Fitnesscentra die, gewoon in de buurt, op een verantwoorde manier de mogelijkheid geven aan mensen met een hersenletsel om te sporten. Gegarandeerd onder deskundige begeleiding in een prikkelvriendelijke omgeving en het liefst om de hoek. Net als ieder ander.

De Hersenstichting ondersteunt mensen met een hersenaandoening om het beste uit hun leven te halen. Daarom werken we aan een aangepast aanbod op het gebied van sport en bewegen, maar ook op het gebied van werk en vrije tijd, zodat mensen met een hersenaandoening daadwerkelijk mee kunnen doen aan de maatschappij. De sociale participatie van mensen met hersenletsel wordt door dit initiatief weer iets meer mogelijk gemaakt!

We hopen dat veel mensen de weg naar het fitnesscentrum zullen vinden. De Hersenstichting zal er samen met u alles aan doen om zoveel mogelijk mensen van de mogelijkheid tot sporten, in één van de vele NL Actief Preventiecentra, op de hoogte te brengen.

Met sportieve groet!

Merel Heimens-Visser
Hersenstichting

Ronald Wouters
Algemeen directeur NL Actief

Speciale dank gaat uit naar onderstaande professionals die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van dit kennisdossier, het begeleidingsprotocol en de beroepscompetentieprofiel voor mensen met een Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH).

Joan Boelens	Fitnessondernemer, Opleider Bewegingscentrum Drachten
Marcel van de Broek	Directeur ROC Mondriaan, Voorzitter examenraad NL Actief
Geert van Dijk	Fitnessondernemer, Centrum voor Bewegen, Onderzoek & Training
John Essed	Fysiotherapeut NAH, Middin
John van Heel	Fitnessondernemer en opleider EFAA
Patrick Hermus	Trainee jobcoach voor mensen met een functionele beperking, activeringsbegeleider Leads on Demand
Carolien Kanne	Cursuscoördinator St. Opleidingen in de Sport-gezondheidszorg
Prof.dr. Gert Kwakkel	KNGF
Pim Lexmond	Fitnessondernemer, Health Center Bodyline
Tim Schoormans	Opleider Opleidingen 2000
Caroline Smeets	Fysiotherapeut, expertise op het gebied van neurologie, Motion Fysiotherapie & Preventie (sport)Arts, Vereniging voor Sportgeneeskunde
Hans Smid	Fysiotherapeut neurorevalidatie, UMC Utrecht
Dyta Teule	Neuropsychologe, TU Delft/Sophia Revalidatie
Inge Verhoeven	Sport Educatie Consultant (SEC)
Alijd Vervoorn	Revalidatiegeneeskunde
Prof. dr. Anne Visser-Meily	



1.1. Gebruikte termen en afkortingen

Deelnemer: Persoon met Niet Aangeboren Hersenletsel die deelneemt aan een beweegprogramma binnen het NL Actief Preventiecentrum.

NL Actief Preventiecentrum (FPC): Een door het onafhankelijk keuringsinstituut 'Keurmerk Fitness' gecertificeerde veilige sportomgeving, waarin zelfstandig veilig kan worden gesport door deelnemers en waar onder begeleiding van een competente Beweegdeskundige NAH kan worden gesport.

BNAH: Beweegdeskundige niet-aangeboren hersenletsel.

BP: Beweegprogramma met vastgestelde medische en sportieve begeleiding.

Zorgprofessional: Een professional uit de gezondheidszorg, bijvoorbeeld een huisarts, een revalidatiearts, een fysiotherapeut of een sportarts.

Beweegzorgprofessional: Een zorgprofessional met competenties op het gebied van bewegen, sporten en trainen, bijvoorbeeld een sportarts of een fysiotherapeut /bewegingswetenschapper.

Mantelzorger: Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor bijvoorbeeld een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner. Het zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen.

2 HOOFDSTUK

INLEIDING



INLEIDING

2. Inleiding

Neem Carlo. Bij een ernstig ongeval liep hij een schedelbasisfractuur en ernstig hersenletsel op. Zijn leven erna is enorm moeilijk geweest, maar de weg naar herstel dankt hij mede aan sport. “Ik voel me zo goed als ik aan het sporten ben en ook erna. Ik voel me er rustiger door, het doet me zo veel. Ik denk dat veel mensen met hersenletsel in een zwart gat vallen. Sport kan dat opvangen”.

In 2019 waren er volgens het RIVM 777.000 mensen in Nederland bekend bij de huisarts die een of andere vorm van hersenletsel hebben opgelopen. Als er in de loop van je leven schade aan je hersenen ontstaat, dan heet dat niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Deze schade kan ontstaan door een verkeersongeval, zoals bij Carlo, maar bijvoorbeeld ook door een beroerte, een hersenvliesontsteking of een hersentumor. Een deel van de mensen kan vrij snel weer gewoon functioneren, maar een aanzienlijke groep houdt blijvend last van de restverschijnselen van niet-aangeboren hersenletsel. Bewegen is wezenlijk in hun herstel. Veel mensen met hersenletsel sporten tijdens hun revalidatie, maar revalidatiecentra en ziekenhuizen zien in de praktijk vaak dat mensen, als ze eenmaal thuis zijn, het sporten opgeven om allerlei redenen.

NL Actief Preventiecentra (NPC) kunnen een belangrijke rol spelen in het leven van mensen met hersenletsel maar het aanbod moet dan wel aangepast zijn aan deze groep. Met dit doel is het project Meet me at the Gym opgezet.

2.1. Meet me at the Gym

Sporten is gezond! Voor mensen met een hersenaandoening is beweging van belang, maar niet altijd vanzelfsprekend. De vele prikkels door drukte en geluid maken de drempel om te gaan sporten hoog. De Hersenstichting maakt zicht daarom sterk voor een aangepast sportaanbod voor mensen met een hersenaandoening zodat zij in een prikkelvriendelijke omgeving en met veel persoonlijke aandacht en begeleiding kunnen bewegen. Om dit te realiseren werkt de Hersenstichting o.a. samen met NL Actief in het project Meet me at the Gym.

Meet me at the Gym stelt fitnessorganisaties in staat om kennis en vaardigheden aan te leren om de doelgroep met hersenletsel veilig en effectief te begeleiden. Daartoe worden fitnessinstructeurs opgeleid tot Bewegingsdeskundige NAH (BNAH). Deze richtlijn biedt hun achtergrondinformatie en handvatten die nodig zijn om mensen met een NAH goed te kunnen begeleiden. De verschillende vormen van hersenletsel worden toegelicht, kenmerken en problemen van mensen met NAH worden beschreven. Ook wordt uitgelgd wat het effect van bewegen op de hersenen is en welke voorwaarden er nodig zijn om deze doelgroep in een NPC veilig en vertrouwd te kunnen laten sporten .

2.2. Historie

Meet me at the Gym is in 2013 bedacht en opgezet door de Edwin van der Sar Foundation in samenwerking met Hersenstichting en financieel mogelijk gemaakt door een donatie van de Nederlandse Vriendenloterij. Sinds 2021 is de Foundation gefuseerd met de Hersenstichting.

De Edwin van der Sar Foundation is opgericht nadat Edwin zijn actieve loopbaan als profvoetballer beëindigde. Edwin en Annemarie kozen destijds heel bewust voor het doel van hun stichting. Hun gezin heeft zelf ervaren hoe ingrijpend de invloed van een hersenbeschadiging kan zijn. Annemarie kreeg namelijk zelf op 36-jarige leeftijd een hersenbloeding.

De ervaringen tijdens haar revalidatie brachten Annemarie op het idee om samen met haar man de Edwin van der Sar Foundation op te zetten. “Ik had geluk dat ik gebruik kon maken van het sportieve netwerk van mijn man, onder andere bestaand uit een neuropsycholoog, personal trainer en fysiotherapeut. Ook kon ik gebruik maken van sportfaciliteiten waar ik in alle rust verder kon werken aan mijn herstel. Daar realiseerde ik mij heel goed dat dit niet voor iedereen is weggelegd. Omdat ik zag wat het sporten voor mij heeft betekend in mijn revalidatie werd dat een van de speerpunten van de Foundation. Het is heel belangrijk dat beweeglocaties hun sportschool toegankelijker maken voor sporters met hersenletsel. Meet me at the Gym was een van de eerste projecten die we hebben opgezet, toen al in samenwerking met de Hersenstichting. Het is mooi om te zien dat dit project onder de vlag van de Hersenstichting verder gaat en aangepast sportaanbod verder uitgebreid wordt.”

Nederland telt bijna 1650 fitnesscentra waarvan er ongeveer 860 aangesloten zijn bij NL Actief. 75 centra hebben ook het keurmerk NL Actief Preventiecentrum behaald waarmee zij zich richten op mensen met een (verhoogd risico op een) chronische aandoening, in dit geval Diabetes Mellitus 2. Fitnesscentra die aangesloten zijn bij NL Actief krijgen de mogelijkheid om hun niveau 4 instructeurs te laten opleiden tot Bewegingsdeskundige NAH om mensen met NAH te begeleiden en tevens het Keurmerk Hersenletsel te behalen. Daarmee worden ook deze centra NL Actief Preventiecentra, specifiek voor de doelgroep NAH.

3 HOOFDSTUK

*HET NL ACTIEF PREVENTIECENTRUM ALS BRUG VAN
REVALIDATIE NAAR ZELFSTANDIG SPORTEN EN BEWEGEN*



HET NL ACTIEF PREVENTIECENTRUM ALS BRUG VAN REVALIDATIE NAAR ZELFSTANDIG SPORTEN EN BEWEGEN

3.1. Algemene voorwaarden binnen en rond het NL Actief Preventiecentrum

Als eenmaal de gang naar het NL Actief Preventiecentrum (FPC) is gezet, zijn een aantal zaken voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel nodig. Een veilige omgeving, een goed klimaat, individuele en continuerende aandacht van de instructeur, aangepaste instructie, structuur en een financieel laagdrempelig aanbod.¹

Veilige en overzichtelijke omgeving: In een veilige en overzichtelijke omgeving is gedacht aan een overzichtelijke en voldoende ruime opstelling van apparatuur.

Goed klimaat: Dit is nodig omdat veel mensen met hersenletsel vaak gevoelig zijn voor externe prikkels en dus niet tegen muziek, praten en beelden kunnen. De instructeur kan daar rekening mee houden door muziek zacht of uit te zetten, het licht te dempen, televisieschermen uit te zetten of spiegels af te schermen.

Individuele en continuerende aandacht: Naast aspecten in de voorwaardelijke sfeer is het van belang dat mensen met NAH worden begeleid door een instructeur die speciaal getraind is voor deze doelgroep. Mensen met NAH willen begeleiders, verzorgers of behandelaars die kennis van zaken hebben, die deskundig zijn in de begeleiding van mensen met NAH.

Een goede BNAH weet wat de gevolgen kunnen zijn van hersenletsel op de cognitieve, lichamelijke en psychische/gedragsmatige functioneren, kan een inschatting maken welke gevolgen bij zijn individuele deelnemer daadwerkelijk een rol spelen, kan met deze gevolgen rekening houden en weet wat de gunstige invloed van sporten en bewegen kan zijn. Samengevat kan de BNAH inschatten wat de individuele deelnemer nodig heeft en kan de BNAH op maat adviseren en instrueren.

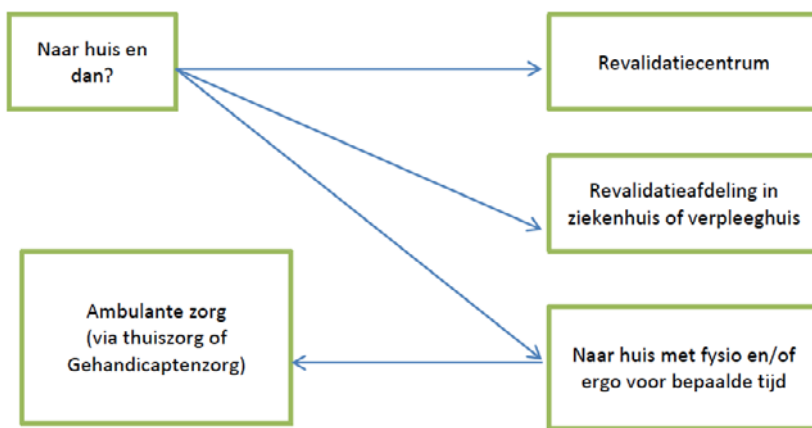
Aangepaste instructie: De instructie moet worden aangepast aan de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt op het gebied van informatieverwerking, geheugen en communicatie. Instructie moet gedoseerd gegeven worden zodat de cliënt het kan verwerken. De instructeur moet toetsen of de cliënt begrepen heeft wat de bedoeling is. Bij afasie kan het nodig zijn met plaatjes of pictogrammen te werken. Bij geheugenproblemen zal de cliënt de instructie ook kort en bondig op papier moeten krijgen, in tekst en/of beelden. Afspraken moeten altijd op schrift bevestigd worden.

1. Wordt bevestigd in interviews Nederlandse Hersenstichting met fysiotherapeuten van revalidatiecentra en met getroffen en.

Betaalbare begeleiding: Veel mensen met NAH hebben een beperkt inkomen doordat ze geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn geraakt. Deze doelgroep is dus gebaat bij een betaalbare persoonlijke begeleiding. Te denken valt ook aan aangepaste (dal)uurtarieven en het toepassen van of buddy-en/of peer-begeleidingssysteem.

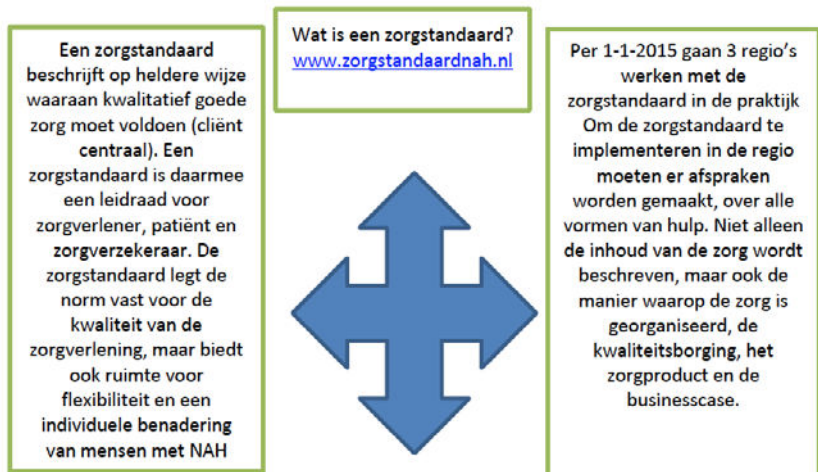
3.2. Beweegzorg en het keurmerk NL Actief Preventiecentrum als brug tussen gezondheidszorg en het fitnesscentrum

Hoe ziet het zorgproces van iemand met NAH eruit? Iemand krijgt een ongeluk of wordt ziek en belandt in het ziekenhuis, wordt behandeld en dan volgt ontslag.



Omdat mensen vaak niet weten waar ze moeten zijn met hun zorgvraag en afstemming, en samenhang in de zorg vaak ontbreekt, heeft de Hersenstichting het initiatief genomen om een zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel voor Volwassenen te ontwikkelen. Zodat iedereen de juiste zorg krijgt waarbij kwaliteit, samenhang en afstemming een voorwaarde zijn.

In juni 2014 is de zorgstandaard gepresenteerd en per 1-1-2015 gaan 3 regio's van start om de zorg in hun regio te beschrijven, afspraken te maken en te verbeteren. In de zorgstandaard staan alle leefgebieden beschreven, dus ook welzijn waaronder vrije tijd en bewegen vallen.



Beweegzorg

Beweegzorg is een ontwikkeling binnen de gezondheidszorg die medische drempels (risico's en beperkingen) bij inactieve chronisch zieken wegneemt, zodat deze zelfstandig of met een passende sportieve begeleiding veilig kunnen sporten.

De regie van de beweegzorg is in handen van de huisarts. Deze geeft een sportief en medisch advies, en bepaalt op grond van de individuele (medische) risico's en beperkingen de mate van gewenste sportieve en medische begeleiding en toezicht. De huisarts kan hiervoor de deskundigheid inzetten van sportarts, fysiotherapeut met kennis van neurorevalidatie en beweegdeskundige (niveau 4+).

Een fysiotherapeut of revalidatiearts en/of neuroloog die de deelnemer met NAH heeft behandeld, is zeer goed op de hoogte van eventuele risico's of beperkingen. En hoewel de meeste mensen met NAH vaak al gesport hebben in bijvoorbeeld een revalidatiecentrum en/of revalidatieafdeling in een ziekenhuis, is de drempel om weer te gaan sporten als ze eenmaal thuis zijn vaak erg hoog. Een goed contact met de (beweeg)zorgprofessional is daarom zeer gewenst.

Medische en Sportieve Begeleiding

Er moet onderscheid gemaakt worden tussen medische en sportieve begeleiding.

Medische begeleiding vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een medicus. Er zijn drie mogelijke medische begeleidingsvormen met toenemende begeleidingsintensiteit:

1. het geven van een eenmalig individueel (sport)medisch advies door huisarts, revalidatiearts, sportarts;
2. het evalueren van het trainingsproces en trainingsresultaten (door sportarts of een trainings-fysiologisch competente huisarts of revalidatiearts);
3. het toezichthouden bij trainingen en lessen (door een trainings-fysiologisch competente fysiotherapeut).

Sportieve begeleiding vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een BNAH. Er zijn ook hier drie mogelijke begeleidingsvormen met toenemende begeleidingsintensiteit:

1. het geven van een eenmalig individuele beweegadvies en trainingsadvies;
2. het evalueren van trainingsproces en trainingsresultaten;
3. het toezichthouden bij trainingen en lessen.

Het NL Actief Preventiecentrum

Het FPC (gekeurd door het onafhankelijke keuringsinstituut 'Keurmerk Fitness') biedt een veilige en verantwoorde sportomgeving waarin competente BNAH's werken met geprotocolleerde beweegprogramma's. Hierdoor is er een geschikte niet-medische omgeving gecreëerd waar mensen met een chronische ziekte veilig kunnen sporten.

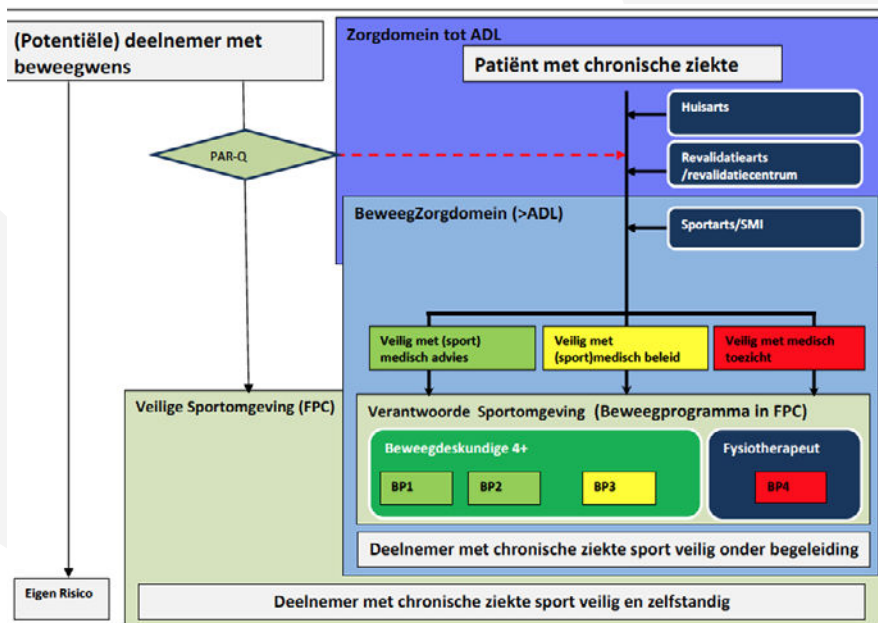
Garanties voor veiligheid zijn geborgd door:

1. het gebruik te maken van een PAR-Q vragenlijst bij niet verwezen nieuwe deelnemers;
2. deskundige opvang bij calamiteiten (recent gevolgde cursus EHBO, aanwezigheid en goedgekeurde AED);
3. een actieve samenwerking met een huisarts, sportarts en/of fysiotherapeut;
4. de mogelijkheid van beweegprogramma's onder leiding van, in het nationale kwalificatieregister (Fit!ned.nl) geregistreerde BNAH's met, indien noodzakelijk, medische evaluatie en/of medisch toezicht;
5. een meldingsplicht van zowel deelnemer als beweegdeskundige bij problemen.

De verschillende beweegprogramma's (BP0 t/m BP4) zijn beschreven in paragraaf 7.2 en in het Begeleidingsprotocol NAH (paragraaf 3.3).

Hieronder is in een schema een overzicht van de beweegzorg (met huisarts, revalidatiearts, sportarts en fysiotherapeut) en zijn relatie met het FPC als veilige sportomgeving en als verantwoorde sportomgeving (met de beweegdeskundige en de diverse beweegprogramma's).

Stroomschema van beweegzorg naar NL Actief Preventiecentrum



Dit schema geeft in overzicht het zorgdomein met beweegzorg weer in respectievelijk blauw en lichtblauw met zorgprofessionals (huisarts, revalidatiearts, sportarts en fysiotherapeut) in donkerblauw.

Daarnaast is het FPC weergegeven als een veilige sportomgeving in het lichtgroen. Een competente beweegdeskundige is met donkergroen aangegeven.

Het FPC biedt een zogenaamde verantwoorde sportomgeving als er sprake is van een geprotocolleerd beweegprogramma.

1. Groen weergegeven zijn de beweegprogramma's (BP1 en BP2) die onder sportief toezicht staat van een beweegdeskundige.
2. Geel weergegeven is het beweegprogramma (BP3) dat onder sportief toezicht staat van een beweegdeskundig met een medische supervisie (controle van proces en resultaten) door een huisarts of sportarts.
3. Rood weergegeven is het beweegprogramma (BP4) dat onder sportief en medische toezicht staat van een fysiotherapeut (BP4).

3.3. Samenwerking tussen het NL Actief Preventiecentrum en de (beweeg) zorgprofessionals

Het FPC heeft wat betreft de doelgroep NAH te maken met zowel de eerste-lijnszorg (huisarts, maatschappelijk werker, fysiotherapeut of de psycholoog) als de tweedelijnszorg (revalidatiecentrum en/of revalidatieafdeling in ziekenhuis).

Na zijn revalidatieperiode (zowel klinisch als poliklinisch) zal de patiënt zijn eigen leven weer vorm moeten geven. Van een aantal keer per week naar de revalidatie zal hij nu moeten zoeken naar een vorm van bewegen die past bij zijn veranderde persoonlijke situatie. Vanuit het revalidatiecentrum en/of revalidatieafdeling in het ziekenhuis wordt veelal verwezen naar een fysiopraktijk in de buurt die kleinschalig is en waar sporten onder toezicht centraal staat, zodat een goede opvang en begeleiding gewaarborgd is.

MEE

Ook kan de patiënt, die al wat langer thuis is, op een later tijdstip besluiten om te gaan sporten en zelf op zoek gaan naar een FPC. Hiervoor kan hij geholpen worden door zijn partner, kennis, de psycholoog of maatschappelijk werker. Ook via de regionale organisaties van MEE (www.mee.nl) kunnen contacten gezocht worden. MEE ondersteunt mensen met een beperking om zo zelfstandig en onafhankelijk mogelijk mee te kunnen doen in de samenleving en zelf de regie te houden over hun leven. MEE heeft veel samenwerkingspartners die mensen met een beperking van dienst willen zijn. Bijvoorbeeld scholen, gemeenten, UWV, sportverenigingen en woningcorporaties. MEE kent de mogelijkheden en hun ondersteuning is gratis. Een verwijfsbrief is niet nodig. De consulenten van MEE zijn op de hoogte van het actuele aanbod van (sport-) activiteiten in de regio. Zij ondersteunen mensen bij het zoeken naar een leuke vrijetijdsbesteding. Zie "Ik zoek een activiteit" op de homepage. Mensen vinden hier sportclubs, verenigingen voor amateurtoneel en buurthuizen met creatieve activiteiten.

Vanaf 1 januari 2015 valt cliëntondersteuning zoals MEE die nu geeft onder de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van die wet. Daarmee zijn ze vanaf 2015 ook verantwoordelijk voor cliëntondersteuning.

MEE en de gemeenten in Nederland maken de komende tijd afspraken over cliëntondersteuning.

Ze bieden mensen zekerheid dat zij ook in 2015 cliëntondersteuning kunnen krijgen.

De afspraken gaan over hoe de ondersteuning geregeld wordt en bij wie mensen dan terecht kunnen. Omdat iedere gemeente zelf bepaalt hoe de cliëntondersteuning geregeld wordt, kan dit per gemeente verschillen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de consulenten van MEE straks ook samenwerken met bijvoorbeeld sociale wijkteams. Het wordt vanzelf duidelijk waar mensen straks terecht kunnen voor ondersteuning en al uw vragen.

MEE heeft al vele jaren een 'Sociale kaart' met adressen en informatie over organisaties rond wonen, welzijn en zorg (voor mensen met een beperking). Dit digitale adressenbestand bevat inmiddels informatie over ongeveer 60.000 organisaties. In de loop van de tijd heeft MEE veel kennis en ervaring opgedaan bij het opbouwen en beheren van deze professionele Sociale kaart.

Behalve bij de MEE organisaties zelf wordt de Sociale kaart gebruikt bij ongeveer zeventig gemeenten met een eigen Sociale kaart website. Dit betekent dat de Sociale kaart data dagelijks gebruikt wordt door duizenden organisaties, professionals en cliënten/burgers om informatie te vinden en mensen op weg te helpen. Hiermee draagt de Sociale kaart bij aan het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers. Zie: www.mee.nl/sociale-kaart.

UWV

Het UWV kan een patiënt ook advies geven ergens te sporten. En door de veranderingen binnen de AWBZ en WMO wordt vanaf 2015 de gemeente steeds belangrijker. Voor het aanvragen van begeleiding naar een sportieve activiteit kan er bijvoorbeeld via het digitale loket een aanvraag gedaan worden. Omdat NAH vooralsnog geen indicatie is, zijn de mogelijkheden voor vergoeding nagenoeg nihil.

Als er fysiotherapie nodig is dan is een AV nodig. Mocht de aandoening chronisch zijn dan wordt fysiotherapie vergoed vanaf de 21e behandeling, deze vergoeding blijft dan bestaan en is niet aan een kalenderjaar verbonden.

Als de patiënt niet aanvullend verzekerd is, zijn deze kosten voor eigen rekening. Vaak is het lastig om, als er NAH geconstateerd is, nog een AV af te sluiten.

Zie: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum_25-03-2014

Het is goed om de Hersenletselteams die regionaal werken te informeren wat voor mogelijkheden er in de buurt zijn voor sportieve activiteiten zoals de mogelijkheden die u als FPC aan de doelgroep biedt.

Zie: www.hersenletselteams.nl

Denk ook aan het aanmelden van de FPC op de volgende websites:

www.wijzermetjebeperving.nl

En op www.nisb.nl zijn er adviezen en tips te vinden hoe de ondernemer in eigen buurt verbindingen kan leggen en kennis te bundelen met andere sectoren.

<http://www.nisb.nl/beleid/lokaal-sport-en-beweegbeleid/verbinding-sport-en-beweegbeleid-met-andere-sectoren.html>

Verzekeringstechnisch

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kenmerkt zich door een breuk in de levenslijn. NAH is letsel dat in de loop van het leven is ontstaan als gevolg van een ziekte of ongeval. NAH is geen medische diagnose, maar een verzamelnaam voor verschillende vormen van hersenletsel. De grondslag voor de diagnose is dus belangrijk. De grondslag is een aandoening, beperking of handicap. NAH valt veelal onder LG (Lichamelijk Gehandicapt) maar kan ook onder VG (Verstandelijk Gehandicapt) en onder Psychiatrie.

Op de volgende website kunt u veel informatie vinden over de verzekeringen en de vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/fysiotherapie.aspx>

De chronische lijst aandoeningen kunt u vinden op de website van de overheid:

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum_19-08-2014#Bijlage1

Informatie over fysiotherapie:

<http://www.defysiotherapeut.com/fysiotherapie-in-2014/vragen-en-antwoorden-over-uw-zorgverzekering.html>

<http://zorgvergoeding.com/news.php>

Verzekeraars hebben geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. De verzekeraar kan iemand dus weigeren als klant. Of vragen stellen over de gezondheid voordat de verzekeraar degene accepteert. Dus als iemand een chronische aandoening oploopt en niet of onvoldoende aanvullend verzekerd is, dan kunnen er problemen ontstaan bij acceptatie na ongeval of ziekte. En dat is vaak het geval bij deze doelgroep. Iemand met NAH valt vaak tussen wal en schip.

Belangrijke websites:

www.mee.nl / www.hersenletsel.nl / www.dutchbraincouncil.nl /

www.hersenletselteams.nl

<http://www.revalidatie.nl/contact/revalidatiecentra> op deze website vind u alle centra per provincie.



4 HOOFDSTUK

ACHTERGROND VAN NAH



ACHTERGROND VAN NAH

4.1. Niet-aangeboren hersenletsel

Niet-aangeboren hersenletsel ontstaat tijdens iemands leven als gevolg van een ongeval of ziekte. Hersenletsel door een aangeboren afwijking of door een geboortetrauma valt er dus niet onder. Een belangrijk kenmerk van niet-aangeboren hersenletsel is de 'breuk in de levenslijn'. Er is een leven vóór en na het hersenletsel. En dat leven verschilt enorm bij een groot deel van de getroffen.

In de medische wereld wordt een verschil gemaakt tussen traumatisch schedel-hersenletsel, veroorzaakt door een ongeval, en niet-traumatisch hersenletsel, veroorzaakt door een hersenbloeding, een herseninfarct of een ziekte.

Traumatisch hersenletsel

Oorzaken van traumatisch hersenletsel kunnen zijn: (verkeers)ongeval, val, klap tegen het hoofd, binnendringen van botgedeeltes als gevolg van schedelbreuk of het binnendringen van een voorwerp zoals een kogel of steekwapen. Vaak is er na hersenletsel sprake van kort of langdurig bewustzijnsverlies. Bij langdurig bewustzijnsverlies spreekt men van coma.

Verkeersongevallen zijn de belangrijkste oorzaak van traumatisch hersenletsel. Ongevallen op het werk en tijdens het sporten zijn een goede tweede. Bij jeugdigen is een val van een paard de belangrijkste oorzaak van het krijgen van NAH, maar ook een val thuis van de trap kan hersenletsel veroorzaken.

De hersenen bestaan uit zacht materiaal, het hersenweefsel. Stevige vliezen houden dit hersenweefsel op zijn plek. Rondom de vliezen zit een dun laagje vloeistof, het hersenvocht. Vliezen en vocht zijn een soort natuurlijke stootbumper, waardoor de hersenen minder snel in botsing komen met de schedel. Maar bij een te harde klap, bijvoorbeeld als het hoofd bij een auto-ongeval het dashboard of de voorruit raakt, werkt die bumper niet meer en raakt het hersenweefsel het harde bot. Daardoor kan (veel) schade ontstaan: Hersencellen kunnen beschadigen en direct afsterven, zenuwbanen kunnen afsterven en bloedvaten kunnen scheuren.

Als het hersenletsel ontstaat doordat een voorwerp de hersenen binnendringt, dan is het hersenletsel meestal meer lokaal.

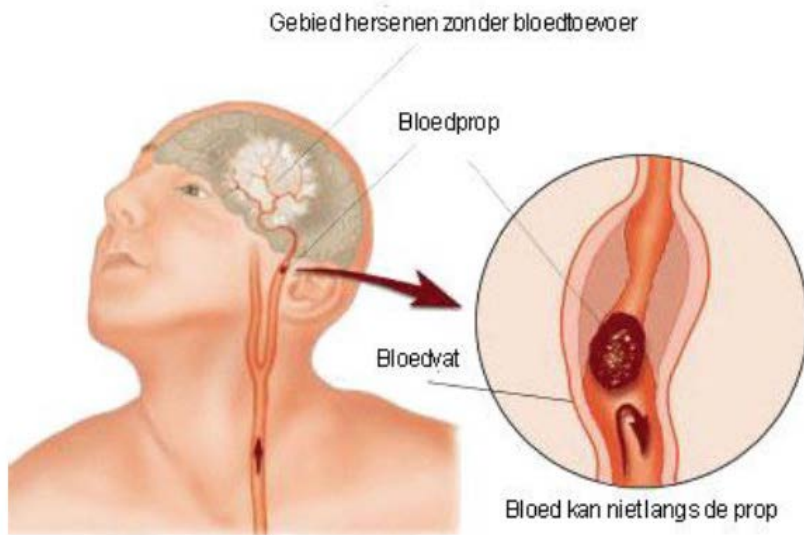
Niet traumatisch hersenletsel

Oorzaken van niet-traumatisch hersenletsel zijn: herseninfarct, hersenbloeding, infectie (bijvoorbeeld hersenvliesontsteking oftewel meningitis), gezwel of tumor, zuurstofgebrek door bijvoorbeeld ademstilstand, bijna-verdrinking, rookvergiftiging of ophanging. Ook epilepsie, een waterhoofd, stofwisselings-

aandoeningen of (veelal progressieve) degeneratieve ziektes als multiple sclerose, Alzheimer of Parkinson worden tot het traumatisch hersenletsel gerekend. Een beroerte is het bekendste voorbeelden van niet-traumatisch hersenletsel. Een beroerte wordt ook wel CVA (Cerebro Vasculair Accident) genoemd. Letterlijk vertaald is dit een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen. Als gevolg hiervan wordt de bloedvoorziening van de hersenen verstoord, een deel van de hersencellen krijgt daardoor geen bloed meer. Dat betekent dat ook de stoffen die door het bloed vervoerd worden zoals zuurstof en glucose de cellen niet meer kunnen bereiken, waardoor cellen afsterven of beschadigd raken.

De precieze gevolgen zijn afhankelijk van het gebied dat getroffen is en hoe groot het gebied is. Vormen van een beroerte zijn een herseninfarct of een hersenbloeding. Een herseninfarct (85%) komt vaker voor dan een hersenbloeding (15%).¹

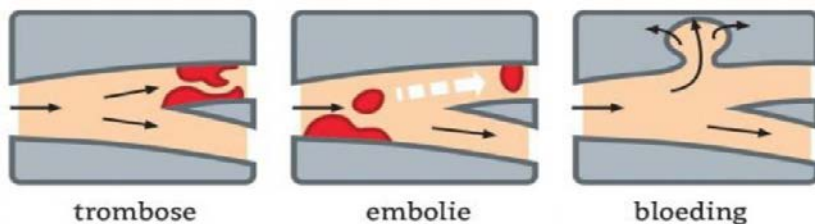
Bij een herseninfarct raakt een bloedvat in de hersenen afgesloten, bijvoorbeeld doordat het bloedvat is dichtgeslibd of doordat een propje het vat afsluit. Indien de verschijnselen ten gevolge van een klein herseninfarct binnen 24 uur zijn verdwenen, spreekt men van een TIA. Niet roken, gezond eten en voldoende lichaamsbeweging verkleinen de kans op een (nieuwe) beroerte of TIA.



Bij een hersenbloeding is er sprake van een bloeding in de hersenen zelf of tussen de hersenen en het hersenvlies.² Ook een aneurysma kan een hersenbloeding veroorzaken als een slagader in het hoofd scheurt. Een aneurysma is een uitstulping in de wand van een slagader, die kan gaan scheuren waardoor er een bloeding ontstaat. Dit is met name bij jongeren de oorzaak van een hersenbloeding.

¹ Zorgstandaard CVA/TIA, 2012.

² www.hersenstichting.nl



Voldoende lichaamsbeweging, gezond eten en niet roken verkleinen de kans op een nieuwe beroerte. Daarnaast is een goede bloeddruk van belang voor het verminderen van een herhalingsrisico. Naast het gebruik van bloeddrukverlagende medicijnen is voldoende lichaamsbeweging en afvallen ook gunstig voor de bloeddruk.

Oorzaken niet-aangeboren hersenletsel¹:

Traumatisch hersenletsel	Niet-traumatisch hersenletsel
• (Verkeers)ongeval • Val • Klap tegen het hoofd • Binnendringen van botgedeeltes als gevolg van schedelbreuk • Binnendringen van voorwerpen	• CVA of beroerte (herseninfectie en hersenbloeding) • Infectie (hersens- of hersenvliesontsteking) • Gezwel of tumor • Zuurstofgebrek door ademstilstand, bijna-verdrinking, rookvergiftiging of ophanging • Overige ziektes

Binnen de literatuur en in het veld is onvoldoende duidelijk hoeveel mensen er in Nederland leven met NAH en hoeveel er daar jaarlijks bijkomen, zo blijkt uit een literatuuronderzoek in opdracht van Hersenstichting Nederland en het VU medisch centrum uit 2010.²

Vaak wordt het aantal van 500.000 mensen genoemd die in Nederland leven met de gevolgen van NAH. Dan wordt er verwezen naar een berekening uit 1997³, maar hierbij ging het om thuiswonende mensen tot 65 jaar. De schatting is op dit moment dat er ongeveer 600.000 mensen tussen de 18 en 65 jaar thuis wonen en NAH hebben.⁴

Het aantal mensen dat jaarlijks getroffen wordt door NAH wordt in de literatuur en in het veld geschat op 130.000 mensen. Een deel van hen herstelt probleemloos, meer dan de helft ondervindt echter blijvende klachten of problemen in het functioneren door het hersenletsel. Onder deze 130.000 getroffen zijn naar schatting 85.000 mensen met traumatisch hersenletsel.^{5 6}

¹ Eilander, H., Belle-Kusse, P. van, Vrancken, P., 2006

² Schipper K. et al, 2010

³ Carlier et al, 2000

⁴ Rijndam, Revalidatiecentrum, 2009

⁵ Veiligheid.nl, 2013

⁶ Wilken, J.P and M. Kessel-Buikhuizen, 1994

Van deze getroffen mensen komen 30.000 mensen op de Spoedeisende Hulp en worden 21.000 mensen opgenomen in het ziekenhuis met de diagnose ongeval of geweldpleging. Verkeersongevallen vormen de meest voorkomende oorzaak. Kleine kinderen onder de vijf jaar en ouderen vanaf 65 jaar vormen de belangrijkste risicogroepen. Een derde risicogroep bestaat uit jongeren van 15 tot en met 24 jaar.

Elk jaar krijgen 42.000 mensen in Nederland een beroerte, van wie ongeveer twintig procent overlijdt binnen een jaar nadat ze voor het eerst zijn opgenomen in het ziekenhuis. Beroerte is de tweede doodsoorzaak in Nederland en de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. In driekwart van de gevallen treft beroerte iemand ouder dan 65 jaar.^{7 8}

Van de mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen met een vorm van NAH gaat het merendeel na ontslag direct naar huis. Een klein deel gaat naar een revalidatiecentrum, verpleeghuis of GGZ-instelling, voor revalidatie of voor langdurig verblijf. Revalidatie kan plaatsvinden in een revalidatieafdeling van een ziekenhuis of verpleeghuis, maar ook ambulante. In dat geval is de patiënt gewoon thuis en bezoekt regelmatig de revalidatie-instelling voor therapieën. De revalidatie kan ook begeleid worden door een eerstelijns fysiotherapeut, ergotherapeut of logopedist in de eigen omgeving.

Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid zal het aantal mensen met NAH in de toekomst stijgen.⁹ Op basis van demografische ontwikkelingen (vergrijzing) is de verwachting dat alleen al het aantal mensen met een beroerte met veertig procent zal toenemen tussen 2010 en 2025.

Veranderingen in levensstijl beïnvloeden de cijfers de komende jaren, stelt het Nationaal Kompas. Het aantal mensen dat rookt zal dalen, is de verwachting. Aan de andere kant stijgt het aantal mensen met obesitas, diabetes en te hoge bloeddruk. Mogelijk verbetert de behandeling van een beroerte in de acute fase, waardoor een grotere groep in leven blijft, maar wel gevolgen zal ondervinden van het CVA.

Ook de groep mensen met traumatisch hersenletsel zal toenemen, onder meer omdat de groeiende groep ouderen een belangrijke risicogroep vormt. In de afgelopen tien jaar is alleen al het jaarlijks aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van een ongeval verdubbeld.

In de toekomst kan bovendien de secundaire preventie, de maatregelen die na hersenletsel ingezet worden, verder verbeteren.¹⁰

Wat het precieze effect zal zijn van deze trends in behandeling en risicofactoren op het aantal patiënten met NAH is moeilijk aan te geven.

7 Zorgstandaard CVA/TIA, 2012

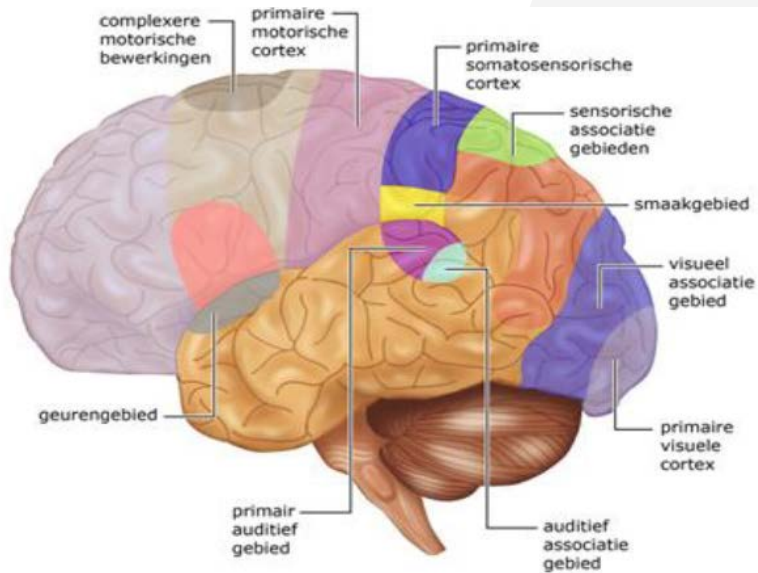
8 Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.nationaalkompas.nl

9 Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.nationaalkompas.nl

10 Veiligheid.nl

4.2. Functies van de hersenen en bewustzijn

De hersenen zijn nodig om te bewegen en het bewegen beïnvloedt het functioneren van het brein. Driekwart van alle hersencellen is bij beweging betrokken. Delen van de buitenste laag van de grote hersenen zijn verantwoordelijk voor het plannen en uitvoeren van motorische bewegingen. Andere delen (basale ganglia) zijn belangrijk voor spierspanning, houding, evenwicht, maar ook starten, stoppen of onderdrukken van bewegingen. De kleine hersenen (cerebellum) dragen bij aan de coördinatie.



De hersenen zijn onderdeel van het centrale zenuwstelsel, dat daarnaast ook bestaat uit het ruggenmerg. Het zogenaamde perifere (= niet-centrale) zenuwstelsel bestaat uit de zenuwen.

De hersenen functioneren als een systeem, dat belangrijke regulerende functies in ons lichaam vervult.

Belangrijke functies zijn onder andere het verwerken van informatie uit onze buitenwereld en uit ons lichaam (cognitieve functies) en het aansturen van skeletspieren bij het uitvoeren van bewegingen (motorische functies). Daarnaast hebben de hersenen een belangrijke rol bij ons bewustzijn, het richten van aandacht en ons psychisch functioneren.

Cognitieve functies en leren

De cognitieve functies betreffen het verwerken van zintuiglijke en lichamelijke prikkels tot informatie. Een bijzondere en voor ons mensen belangrijke vorm van zintuiglijke informatie is taal (zie onder).

Een deel van deze informatie wordt onbewust verwerkt en een deel van deze informatie komt tot het bewustzijn. Informatie in ons bewustzijn leidt tot (iets) waarnemen (in beelden) en/of kennen (in gedachten). Als deze informatie wordt opgeslagen in ons geheugen, dan spreken we van kennis (iets weten).

Informatie kan ook leiden tot een vaardigheid (iets kunnen) als deze wordt bewaard in een (zogenoemd) beweegschema. In beide gevallen hebben we iets geleerd. Kennis is door ons geleerde (verwerkte) informatie direct ten behoeve van ons bewustzijn en indirect ten behoeve van ons praktische handelen. Een vaardigheid is door ons (aan)geleerde informatie direct ten behoeve van het praktisch handelen. Complexe vormen van lichaamsbeweging (bewegepatronen), zoals lopen, fietsen en autorijden zijn net als de vaardigheid om woorden te spreken en schrijven opgeslagen in beweegschema's. Kort gezegd gaat het bij cognitieve functies dus om informatieverwerking ten behoeve van het 'kennen' en het 'kunnen'.

Motorische functies, automatisch handelen en bewust handelen

De motorische functies betreffen uitvoerende taken met betrekking tot lichaamsbeweging en uitvoerende taken met betrekking tot taal. Motorische functies kunnen automatisch worden uitgevoerd door een dergelijk beweegschema te activeren. De activatie staat meestal onder controle van het bewustzijn, maar kan ook onbewust zijn. De uitvoering is volledig onbewust.

In ons dagelijks praktisch handelen werken motorische functies samen met onze cognitieve functies. Waarnemingen en kennis worden gebruikt om onze beweegpatronen (lopen, spreken) bij te sturen. Als we lopend, fietsend of autorijdend deelnemen aan het verkeer moeten we namelijk rekening houden met andere weggebruikers en kennis hebben van verkeersregels. Voor spreken en schrijven geldt hetzelfde. In ons dagelijks leven hebben we dus behalve vaardigheden (uit de beweegschema's) ook informatie uit onze omgeving en kennis (uit het geheugen) nodig om goed te kunnen functioneren. Van belang is het dan wel dat de aandacht goed en snel kan worden gericht en dat de informatie goed en snel kan worden verwerkt.

Bewustzijn, aandacht en psychisch functioneren

Een deel van de door onze hersenen verwerkte informatie komt tot ons bewustzijn in beelden en gedachten (waarnemen en kennen). Beelden en gedachten krijgen voor ons betekenis indien ze samengaan met een beleving (iets voelen) en/of een verlangen (iets willen). Met en door ons gevoel en onze wil probeert ons bewustzijn controle te krijgen over onze omgeving en ons lichaam.

Een belangrijk effect van een goed functionerend bewustzijn is het (bewust) kunnen richten en sturen van onze aandacht. Hierdoor kan betekenisvolle informatie in onze omgeving (of uit ons lichaam) worden geselecteerd.

Betekenisvolle informatie die tot ons bewustzijn komt, betreffen de mentale functies van onze hersenen. Eenvoudig gezegd gaat het dan dus om iets ken-

nen, iets voelen en iets willen. Mentale functies worden tegenwoordig vaak onderverdeeld in cognitieve functies en psychische functies. Cognitieve functies betreffen de informatieverwerking tot het bewuste waarnemen en denken. Psychische functies betreffen onze hiermee verbonden bewuste beleving en onze bewuste wil.

Psychische functies, stemming en gedrag

Ons bewustzijn verkeert in een ontspannen toestand als we het gevoel hebben dat we alle prikkels uit onze omgeving goed kunnen verwerken. We verkeren in een toestand met toegenomen spanning als er veel prikkels zijn te verwerken (arousal). De hersenen moeten dan hard werken. We ervaren een positief energiek en enthousiast gevoel als we controle over ons lichaam en over de situatie waar we ons in bevinden (gemakkelijk) kunnen behouden. We ervaren een negatief en vermoeid gevoel als we hiervoor veel moeite moeten doen. Een gebrek aan controle ervaren we als bedreigend. We hebben dan stress en worden prikkelbaar en onrustig. Angst kan ontstaan als er een krachtig gevoel van dreiging wordt ervaren. In dergelijke gevallen kunnen we moeite hebben met zelfbeheersing en impulscontrole, waardoor we bijvoorbeeld agressief worden. Depressie kan ontstaan als er een langdurige en blijvende ervaring is van een gebrek aan controle.

Prikkelbaarheid, onrust, angst, gebrek aan zelfbeheersing en agressie kunnen zo ontstaan door een teveel aan niet te verwerken prikkels. Anderzijds kan passief en initiatie loos gedrag ontstaan door een moeizame prikkelverwerking en/of depressieve klachten.

Begrijpen en gebruiken van taal

Taal is een bijzondere vorm van (typisch menselijke) informatie. Taal gebruiken we om te denken, om informatie over te dragen aan andere mensen (spreken en schrijven) en om informatie te ontvangen van andere mensen (luisteren en lezen). Om taal te verwerken (denken, luisteren en lezen) zijn onze cognitieve functies uiteraard van groot belang. Om taal te kunnen gebruiken (spreken en schrijven) zijn ook onze motorische functies (aangeleerde spreek- en schrijfschema's in ons uitvoerende taalcentrum) van belang.

Communicatie met andere mensen

Voor een goede communicatie met andere mensen moeten we taal snel en goed kunnen verwerken en gebruiken. Naast verwerking en gebruik van taal moeten we ook onze aandacht goed kunnen richten om sociaal te kunnen interacteren. Als we in gesprek zijn met iemand, luisteren we naar iemand en hebben we zichtbaar aandacht voor die persoon en zijn gesproken woorden en gebaren.

Hogere mentale (cognitieve) functies

Door een goede en snelle informatieverwerking kunnen we een situatie overzien. Door dit overzicht verkrijgen we ook inzicht in problemen. Overzicht en inzicht zijn hogere cognitieve functies. Dit hebben we nodig om te kunnen organiseren en plannen te maken.

Behalve een bewustzijn van de buitenwereld is er ook bewustzijn van het eigen lichaam en het eigen bestaan in de ons omringende wereld. Zelfbewustzijn en zelfbeheersing zijn andere hogere cognitieve functies. Dit hebben we ook nodig om onszelf een plaats te kunnen geven in de ons omringende natuurlijke en sociale wereld.

4.3. Overzicht van de gevolgen van NAH

Wat de aard en omvang van de gevolgen van het hersenletsel zijn, hangt af van de ernst en plaats van de beschadigingen in de hersenen. Men gaat ervan uit dat meer dan de helft van de patiënten met NAH aantoonbare veranderingen overhoudt op cognitief, lichamelijk, psychisch en gedragsmatig gebied. Deze problemen kunnen leiden tot problemen in het dagelijks leven van de patiënt en diens naastbetrokkenen.

Zo blijkt uit onderzoek dat ruim 50% van de patiënten met traumatisch hersenletsel drie tot zeven jaar na het letsel cognitieve, emotionele of gedragsmatige beperkingen ervaart.¹ Van mensen met licht tot middelzwaar traumatisch hersenletsel is bekend dat 84% van hen één jaar na het ongeval nog klachten had; vermoeidheid, vergeetachtigheid, verminderde concentratie, prikkelbaarheid en hoofdpijn.²

Uit onderzoek onder CVA-patiënten blijkt dat bij 78% van de mensen die getroffen werden door een CVA cognitieve problemen werden vastgesteld.³

De gevolgen van hersenletsel kunnen verdeeld worden in 3 hoofdgroepen:

- Cognitieve problemen
- Motorische problemen en lichamelijke klachten
- Psychische en gedragsmatige problemen

¹ Willemse-van Son A.H.P., 2009

² Rasquin, S.M.C., 2004

³ Tatemichi et al; 1994

Cognitieve problemen

1. Problemen met aandacht, geheugen en denkt tempo. Problemen met aandacht komen het meest voor. Mensen met NAH zijn vaak snel afgeleid en hebben moeite om hun aandacht te richten, te verdelen, vol te houden en te switchen. Nieuwe informatie wordt moeilijker opgeslagen. Veel mensen met NAH hebben hierdoor ook last van vergeetachtigheid en geheugenklachten. Vaak komt deze geheugenstoornis door een aandachtsprobleem. Mensen met hersenletsel vergeten snel wat er even tevoren is uitgelegd of verteld. Ze hebben moeite met het begrijpen van wat verteld wordt (een gesprek gaat hen vaak te snel) of met het tot zich nemen van schriftelijke en visuele informatie. Door problemen met aandacht, geheugen en denkt tempo is het aanleren van nieuwe vaardigheden en het uitvoeren van bekende vaardigheden moeizaam.
2. Problemen met taalgebruik en sociale interactie. Het gaat hier om problemen met het verwerken en begrijpen van woorden en taal (taalbegrip) en om problemen met het vinden van de juiste woorden en het niet goed kunnen uitdrukken in taal (taaluitdrukking). Problemen met taalbegrip betekent dat het begrijpen van gesproken en geschreven teksten veel moeite kost. Problemen met taaluitdrukking betekent dat het spreken en schrijven veel moeite kost. In de meer ernstige vormen spreekt men van afasie. Het kan gaan om de 'receptieve' (= sensorische) afasie waarbij de persoon taal niet goed begrijpt, of om 'expressieve' (=motorische) afasie, waarbij de persoon de taal niet goed kan gebruiken om zich uit te drukken. Problemen met taal worden onder andere veroorzaakt door beschadigingen in het linkerdeel van de hersenen, daar zit het taalcentrum. Het kan ook zijn dat iemand moeilijk verstaanbaar spreekt, met dubbele tong (dysartrie). Ook kan het gevoel voor humor of figuurlijke taal (zoals 'tegen de lamp lopen') tot miscommunicatie leiden. Behalve taalgebruik kan ook de sociale interactie door cognitieve problemen moeilijk zijn.

Soms kijkt de persoon met hersenletsel degene met wie hij praat niet recht aan. Hij maakt dan een ongeïnteresseerde indruk. Ook kan het zijn dat patiënten lichaamstaal, gebaren, gelaatsuitdrukking anders interpreteren.
3. Veel mensen met hersenletsel zijn extra prikkelgevoelig. Ze hebben moeite met het verwerken van zintuiglijke (geluiden, beelden) en lichamelijke prikkels (tast, bewegingen). Ze kunnen zich niet goed afschermen voor prikkels en ze minder goed selecteren, waardoor alle prikkels tegelijk en even heftig binnenkomen. Het brein filtert niet meer goed. Dit zorgt ervoor dat mensen met hersenletsel soms niet tegen fel licht of geluid kunnen, moeite hebben met gezelschappen, een korter lontje hebben en vermoeid zijn.
4. Waarnemingsproblemen. Vooral visuele problemen komen vaak voor bij NAH. Patiënten kampen vaak met slechter zien, dubbel zien of slechts een

deel van het gezichtsveld kunnen zien (= hemianopsie). Het kan ook zijn dat het brein de signalen die de zintuigen binnen krijgt niet goed of helemaal niet vertaalt. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat iemand ondanks dat hij zijn linker kant wel ziet, geen aandacht schenkt aan de linker kant (= neglect ofwel hemi-inattentie). Dit komt in een klein percentage ook aan de rechter kant voor.

5. Problemen met verrichten van praktische handelingen (= dyspraxie). Dyspraxie is het onvermogen om complexe handelingen in de juiste volgorde uit te voeren. Moet ik nu eerst mijn schoen aantrekken en dan de sok of andersom? En hoe hou ik mijn mes vast om een boterham te snijden? Ik weet dat dit een koffiezetapparaat is en hoe het werkt, maar het lukt me niet om koffie te zetten.
6. Problemen met overzicht en oriëntatie, plannen, organiseren, sociale cognitie en impulsregulatie. Hieronder vallen onder andere 'eerst denken, dan doen', het afwegen en nemen van besluiten, een probleem in de juiste stappen kunnen oplossen, het inschatten van sociale situaties en de beoordeling van het eigen gedrag.

Motorische en lichamelijke problemen

1. Verminderde arm-handfunctie. Dit komt door aansturingsproblemen van de linker- of rechterarm als gevolg van het hersenletsel. Dit uit zich door coördinatieproblemen, krachtverlies, spasticiteit en/of verlammingen van arm en handspieren.
2. Loop- en balansstoornissen. Dit komt door aansturingsproblemen van het linker- of rechterbeen. Dit uit zich door coördinatieproblemen, krachtverlies, spasticiteit en/of verlammingen van beenspieren.
3. Pijnklachten. Mensen met NAH hebben regelmatig klachten van hoofdpijn, met name bij een teveel aan prikkels. Ook nek- en schouderpijnen komen regelmatig voor. Deze kunnen ontstaan doordat de schouder- en nekspieren hun stabiliserende functie minder goed kunnen uitvoeren.
4. Vermoeidheidsklachten. Er zijn diverse redenen voor vermoeidheid. Het vasthouden en richten van de aandacht en de verwerking van de dagelijkse prikkels kosten veel energie. In het algemeen is het zo, dat mensen met NAH 's morgens over meer energie bezitten dan later op de dag.
5. Gevoelsstoornissen. Tintelingen en slapend gevoel in lichaamsdelen. Soms is er ook sprake van een versterkt gevoel (hypersensibiliteit).

Psychische problemen en gedragsveranderingen

Psychische veranderingen:

Een scala aan psychische veranderingen kan ontstaan na NAH. Het gaat met name om stemmingsstoornissen, angststoornissen en verwerkingsstoornissen. Depressieve klachten en sombere gevoelens komen veelvuldig voor. Voor een deel is dit te verklaren door verwerkingsproblemen van het letsel voor een deel door de ervaren klachten en beperkingen die het dagelijkse leven verstoren.

Gedragsveranderingen:

De emotionele reacties van mensen met hersenletsel zijn vaak veranderd. Een deel van de mensen met NAH is rusteloos, sneller geprikkeld of agressief of kan last hebben van sociaal onaangepast, grensoverschrijdend of stereotiep gedrag. Impulsief en ontremd gedrag ontstaat door een gebrek aan controle over zichzelf. In de sportschool kan dit bijvoorbeeld leiden tot niet tijdig stoppen met oefeningen. Zij moeten in dergelijke gevallen worden afgeremd en bijgestuurd. Een andere deel van de mensen met NAH heeft juist last van initiatiefverlies, apathie, stereotiep, weinig variërend gedrag of overmatig vermijdingsgedrag. Zij hebben veel stimulans en aansturing nodig om hun oefeningen uit te voeren.

4.4. Zelfstandigheid van de persoon met NAH na de revalidatie

Afhankelijk van de ernst van het letsel revalideren mensen na een ziekenhuisopname thuis (90 procent) of klinisch in een revalidatiecentrum of revalidatieafdeling in een ziekenhuis, ggz-instelling of verpleeghuis. Er komt een moment dat revalidatie in een centrum, ambulante behandeling of bijvoorbeeld fysiotherapie stopt. De professionele revalidatiebegeleiding en -behandeling stopt en de cliënt moet zijn leven weer oppakken en daarin een nieuwe balans vinden, met de gevolgen van het hersenletsel. Dit wordt ook wel de chronische fase genoemd. Na revalidatie of thuiskomst zetten steeds meer zorgaanbieders dan ook in op behandeling op maat, waarbij veel aandacht is voor acceptatie en verliesverwerking, (trainen van cognitieve vaardigheden is juist iets wat veel gedurende de revalidatie gedaan wordt), en sport en bewegen.

Na de revalidatieperiode lukt het een heel groot deel van de mensen niet om het sporten of bewegen zelfstandig op te pakken. Terwijl het belang van sporten en bewegen wel degelijk onderstreept wordt door de behandelaars en begeleiders.

De stap is blijkbaar te groot voor veel mensen met NAH. Uit het onderzoek 'Deelnemen, geven en zijn' blijkt dat mensen met niet aangeboren hersenletsel veel drempels ervaren om gewoon te participeren.⁴ Knelpunten die ervaren worden zijn: onbegrip uit de omgeving, communicatie-problemen, gevoeligheid voor prikkels. Ook worden persoonlijke factoren genoemd als: moeite hebben met grenzen aangeven, geen hulp durven vragen of maar moeilijk kunnen accepteren dat er sprake is van niet aangeboren hersenletsel.

Cognitieve problemen spelen een grote rol bij het al dan niet gaan sporten. Mensen met NAH die kampen met verminderd initiatief of apathie hebben vaak weinig interesse in de eigen gezondheid en het herstelproces, en in het ondernemen van dagelijkse activiteiten. Zij zullen uit zichzelf niet gaan sporten. Ook het simpelweg plannen van activiteiten of het zelfstandig naar een FPC gaan, kan een probleem zijn. Er kan sprake zijn van een drempel (angst) om te gaan bewegen.

Dit komt regelmatig voor bij mensen die een beroerte (CVA) hebben gehad. Maar ook kan door een gebrekkig zelf- en ziekte-inzicht de noodzaak van bewegen niet goed worden ingezien. Ook kan door een gebrek aan overzicht

⁴ Deelnemen, geven en zijn. K. Schipper et al. Amsterdam, 2010.

veel stress ontstaan, hoe alles te organiseren en in te passen in het dagelijks leven.

Een andere groep wil wel graag sporten maar vindt de drempel naar een regulier FPC te groot omdat een passend aanbod ontbreekt, er onvoldoende kennis bij fitnessinstructeurs op het gebied van NAH en het klimaat in veel fitnesscentra niet geschikt is, bijvoorbeeld omdat er veel prikkels zijn van geluid, televisieschermen, spiegels of de opstelling van apparatuur als onoverzichtelijk wordt ervaren.

Ook speelt een rol dat veel mensen voor het ontstaan van het hersenletsel nooit in een FPC kwamen waardoor dit geen bekend terrein is. Dit vergroot de drempel om te gaan sporten.

4.5. Cognitieve, emotionele, gedrags- en motorische problemen te samen leiden tot problemen in het dagelijks functioneren

De impact van de gevolgen van hersenletsel op het dagelijks leven van met NAH en hun naaste omgeving (partner, kinderen) is vaak enorm. Als gevolg van de beperkingen kunnen problemen ontstaan op het gebied van wonen, werk, dagbesteding, relaties, hobby's en toekomst-verwachtingen. Als patiënten met NAH terugkeren naar hun oude werk kan het hen meer tijd en energie kosten om het vroegere prestatieniveau te halen en te behouden. Vaak behalen ze het vroegere prestatieniveau niet. De vrijetijdsbesteding kan beperkt zijn door onder meer verlies aan vaardigheden en een verminderde initiatief name. Cognitieve problemen en gedragsproblemen kunnen het aangaan en onderhouden van sociale contacten bemoeilijken, met mogelijk vereenzaming tot gevolg. Gevoelens van afwijzing en het ontbreken van een zinvolle dagbesteding kunnen een negatief effect hebben op de zelfwaardering. Mensen met NAH kunnen daardoor in een isolement raken en het contact met de samenleving verliezen.



5 HOOFDSTUK

**EFFECTEN VAN LICHAAMSBEWEGING OP MENSEN
MET NIET-AANGEBOREN HERSENAANDOENINGEN**



EFFECTEN VAN LICHAAMSBEWEGING OP MENSEN MET NIET-AANGEBOREN HERSENAANDOENINGEN

5.1. Het belang van bewegen in het algemeen

Niets lijkt zo alledaags als bewegen. Lopen, fietsen, een balletje trappen, mensen doen het meestal zonder er bij na te denken. Maar voor mensen met hersenletsel is bewegen niet zo vanzelfsprekend. Ze moeten bewust nadenken om al fietsend of traplopend in evenwicht te blijven.

Mensen met NAH kunnen een inactieve levensstijl ontwikkelen. Bewegen kost hen meer energie door de motorische en/of planningsproblemen. Bovendien zijn ze sneller moe en overprikkeld door de cognitieve problemen. Hierdoor is de kans groot dat mensen met NAH in een negatieve spiraal belanden, waarin de mentale en fysieke conditie afneemt en de problemen verergeren. De vermoeidheid kan toenemen en het bewegen wordt nog moeilijker. Ook kunnen sociaal isolement en depressie ontstaan.¹ Sport kan een manier zijn om die spiraal te doorbreken.

Er is inmiddels geen twijfel over het feit dat (voldoende) lichaamsbeweging gunstige effecten heeft op de huidige en toekomstige conditie en gezondheid. Mensen die voldoende bewegen hebben meer zelfvertrouwen en leven in het algemeen langer. Maar ook: mensen in beweging leven minder snel in een isolement en participeren meer in sociale en maatschappelijke bezigheden.

In Nederland is er daarom de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Deze schrijft een dagelijkse hoeveelheid (afhankelijk van de leeftijd 30 tot 60 minuten) matig intensieve hoeveelheid lichaamsbeweging voor, om optimaal gebruik te kunnen maken van de gunstige effecten van lichaamsbeweging.

5.2. Invloed van bewegen op de gevolgen van NAH

We hebben de gevolgen van NAH onderverdeeld in 3 categorieën:

- Cognitieve problemen
- Motorische en lichamelijke problemen
- Psychische en gedragsmatige problemen

Bewegen heeft invloed op het herstel van problemen op al deze gebieden, blijkt uit divers wetenschappelijk onderzoek.

Bewegen heeft een positief effect op de hersenen. Er worden tijdens het bewegen in de hersenen neurotrofines aangemaakt. Dat zijn stoffen die essentieel zijn voor de ontwikkeling, groei en het functioneren van hersencellen. Neuro-

¹ Hoenderdaal, P. (2001)

trofines stimuleren de aanmaak van nieuwe hersencellen en stimuleren het herstel van de verbindingen tussen de hersencellen. Ook wordt de aanmaak van nieuwe bloedvaten in de hersenen gunstig beïnvloedt, zodat de toevoer van voeding en zuurstof naar de hersencellen kan verbeteren.

Lichaamsbeweging en cognitieve inspanning maken gebruik van dezelfde circuits in het brein. Zowel lichaam als hoofd profiteren dus van sporten. Verbindingen in de hersengebieden waarvan gedacht werd dat die alleen bedoeld zijn voor motorische processen, blijken ook belangrijk voor cognitieve processen. Bewegen heeft dus een positieve invloed op geheugenproblemen en concentratiestoornissen en ook de problemen met coördinatie, kracht en balans nemen af door sporten. Hetzelfde geldt voor gedragsproblemen, zoals impulsief of ontremd gedrag.²

Een ander veelvoorkomend gevolg bij hersenletsel is de emotionele en/of psychische problematiek. Vaak krijgen mensen met hersenletsel last van neerslachtigheid of depressiviteit. Bewegen heeft een bewezen gunstig effect op depressieve klachten. Aan de ene kant omdat bewegen stoffen aanmaakt in de hersenen (serotonine). Aan de andere kant kan door sporten het gevoel van eigenwaarde (positiever zelfbeeld) groeien. Bovendien brengt een bezoek aan de sportschool mensen met hersenletsel weer onder de mensen. Het verminderen van sombere gevoelens leidt bovendien tot minder cognitieve klachten.

Ook fysieke problemen als nek en schouderklachten, spasticiteit, rugpijn, hoofdpijn en vermoeidheid hebben baat bij een afgewogen bewegingsprogramma.³

Bij veel cliënten met NAH komen combinaties van bovengenoemde klachten voor, ook in gradaties van ernst. Het spreekt voor zich dat een sportinstructeur goed in beeld heeft welke cliënt welke klachten heeft, zodat er op maat een sportprogramma gemaakt kan worden. Verderop in de reader werken we een aantal profielen beter uit en met voorbeelden van geschikte programma's per combinatie.

2 Scherder, E., (2009)

3 Goldshtrom, Y. et al, 2009

5.3. Overzicht van de effecten van bewegen en sporten voor mensen met NAH

Lichamelijk functioneren:

- Verbetering van motoriek en balans.
- Verbetering van beweeglijkheid van spieren en gewrichten.
- Spierversterking en betere coördinatie.
- Uithoudingsvermogen neemt toe of wordt behouden.

Mentaal en sociaal functioneren:

- Stemming kan verbeteren.
- Deelnemer leert omgaan met omgevingsprikkels.
- Deelnemer leert grenzen kennen en hanteren.
- Appel op gedragsvaardigheden en gedragsregulering: cliënt leert met nieuwe sociale situaties om te gaan.
- Apathie wordt doorbroken.
- Deelnemer komt uit isolement.
- Eigenwaarde, zelfvertrouwen en vertrouwen in eigen lichamelijk functioneren nemen toe en cliënt zit beter in zijn vel.

6 HOOFDSTUK

INTAKE EN TESTEN



INTAKE EN TESTEN

6.1. De intakeprocedure

De BNAH moet in het licht van het dichten van de kloof tussen zorg en fitnessbranche op grond van de intake in staat zijn om vast te stellen dat er met zekerheid geen sprake is van vitale risico's. Dit kan door middel van een PAR-Q vragenlijst en een expliciete verklaring van een zorgprofessional dat er geen onaanvaardbaar risico is. Er is dan sprake van een stabiel verloop van een bekende chronische ziekte. Daarnaast moet er sprake zijn van één van de volgende criteria:

- Er zijn geen of geringe cognitieve, lichamelijke of psychische/gedragmatige beperkingen ten aanzien van het bewegen en sporten bij het persoon met NAH zijn. Dit kan op grond van een goede intake en/of een goede communicatie met een (beweeg)zorgprofessional.
- Er zijn wel cognitieve, lichamelijke of psychische/gedragmatige beperkingen ten aanzien van het bewegen en sporten bij het persoon met NAH zijn, maar deze gaan gepaard met een werkbaar medisch beleid door een (beweeg)zorgprofessional en de begeleidingsbehoefte van de deelnemer wordt in overeenstemming gebracht met het begeleidingsprofiel.

De BNAH moet dus in geval van cognitieve, lichamelijke of psychische/gedragmatige) beperkingen deze kunnen vertalen naar een werkbaar begeleidingsprofiel.

Als de (potentiële) deelnemer een mantelzorger (meestal partner) heeft, dient de BNAH bij voorkeur ook deze mantelzorger uit te nodigen voor het intakegesprek. In geval van twijfel over het risicoprofiel van de potentiële deelnemer, is het raadzaam om in overleg met de deelnemer en zijn mantelzorger, contact te zoeken met zorgprofessional.

6.2. Inhoud van het intakegesprek

Tijdens het intakegesprek moeten de volgende zaken aan de orde komen:

Vragen over de wensen en verwachtingen

Het kan zijn dat de deelnemer op eigen initiatief is gekomen of dat hij door iemand naar het FPC is verwezen. Na afloop van dit onderdeel is er een beeld van de reden waarom de deelnemer naar jouw FPC is gekomen.

Voorkeuren en doelen

De volgorde van de onderwerpen, die je tijdens het intakegesprek aan de orde laat komen, hoeft op voorhand niet vast te staan. Het is in het algemeen logisch om te beginnen met het onderdeel beweegvoorkeuren, beweegdoelen en trainingsdoelen omdat dit vaak aansluit bij de reden van komst. Het is echter

mogelijk dat de deelnemer nog niet heel specifiek heeft nagedacht, omdat hij niet goed weet wat hij kan gezien zijn gezondheidstoestand. In dat geval is het logisch om met dit onderdeel te beginnen.

Huidige gezondheid, gevolgen van het NAH en belastbaarheid

Het betreft hier algemene vragen over de door de deelnemer ervaren gezondheid en conditie en ervaren problemen hierbij. Er dient te worden doorgevraagd over het ontstaan en verloop van de NAH en duur en verloop van een eventuele revalidatieperiode. Ook over het ontstaan en verloop van andere ziektes of blessures moeten vragen worden gesteld.

Ook zal worden doorgevraagd over restverschijnselen van het hersenletsel, omdat deze de trainbaarheid en de mate van begeleiding kunnen beïnvloeden. Dit betreft vragen over informatieverwerking, prikkelgevoeligheid, gezichtsvermogen, tastzin, cognitieve, fysieke en psychische belastbaarheid, zelfstandigheid in dagelijks leven. Er dient eveneens nagevraagd te worden of een bepaalde structuur in het dagritme noodzakelijk of gewenst is.

Indien er na dit onderdeel onduidelijkheid bestaat over de veiligheid van sporten en bewegen, is het belangrijk dat er een rechtstreekse communicatiemogelijkheid mogelijk is met een (beweeg)zorgprofessional of mantelzorger, die bekend is met jouw deelnemer. Een hulpmiddel hierbij is de PAR-Q, de PSK en de beperkingenanalyse. Na afloop van dit gespreksonderdeel heb je een beeld van specifieke aandachtspunten over de cognitieve, fysieke en psychische belastbaarheid van je deelnemer.

Beweegvoorkeuren, beweegdoelen en trainingsdoelen

Er kan worden doorgevraagd over het huidige beweegpatroon, het sportverleden en eventuele wensen en motieven ten aanzien van het toekomstige beweegpatroon. Van belang is om erachter te komen of er sprake is van specifieke voorkeuren voor sportieve activiteiten en of er ook een verbetering is gewenst in algehele conditie of een bepaalde vaardigheid. Hulpmiddel hierbij is de beweegvoorkeuren en motievenanalyse.

Overige persoonlijke informatie

Persoonlijke informatie over wonen (thuis), werk/studie kan helpen om met de deelnemer een gedoseerd programma op te stellen, afgestemd op de andere bezigheden van de deelnemer. Praten over gezin, werk en leefstijl is niet direct noodzakelijk voor begeleiding van een beweegprogramma, maar informatie hierover is uiteraard nuttig om iemand op prettige en stimulerende wijze te kunnen begeleiden. De bereidheid om hierover te vertellen is in het algemeen wel aanwezig, maar er dient rekening gehouden te worden met het feit dat de deelnemers het belang van dergelijke vragen niet inzien, onbelangrijk vinden of omwille van hun privacy te vertrouwelijk.

6.3. Het voeren van een (intake)gesprek

Een intakegesprek is de sleutel tot een succesvolle samenwerking met de deelnemer.

Na een goed verlopen intakegesprek is duidelijk wat de BNAH en de deelnemer voor elkaar kunnen en moeten betekenen.

Om een goed intakegesprek te voeren moet de BNAH beschikken over een aantal vaardigheden:

1. Zorgdragen voor een ontspannen omgeving en sfeer.
2. Introduceren van jezelf en introduceren van het doel van het gesprek.
3. Weten welke informatie je wilt hebben.
4. De juiste vragen stellen.
5. Goed luisteren en observeren.
6. Afstemmen op de klant.
7. Gegeven informatie samenvatten en teruggeven.
8. Overzicht houden over de volledigheid en duidelijkheid van de gegeven informatie.
9. Uitleggen dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met de informatie.

Zie voor een nadere toelichting het Begeleidingsprotocol bij Niet-Aangeboren Hersenletsel 2.7.

6.4. Testen

Het testen van de deelnemer kan in 20 tot 30 minuten plaatsvinden. Het doel is om een indruk te verkrijgen van de huidige vaardigheden en conditie van de deelnemer. Er kunnen tijdens de intake specifieke testen worden gedaan. Zie hiervoor ook het Begeleidingsprotocol hoofdstuk 3.

Testen tijdens de intakeprocedure kan ook achterwege worden gelaten. Er kan dan een proefles worden gepland waarin onder 1 op 1 begeleiding een aantal oefeningen worden uitgevoerd.

De BNAH geeft instructies en kijkt hoe de deelnemer de oefening uitvoert, op welk niveau hij de oefening uitvoert en hoe lang dit niveau wordt volgehouden. Daarnaast luistert hij naar de beleving van de deelnemer over het gevoel, het gemak van uitvoering, de zwaarte van het niveau en de vermoeidheid na de uitvoering.

Na de testen is er een beeld bij de BNAH van functioneren van balans en coördinatie in het algemeen en armen en benen in het bijzonder. Er is tevens een beeld van pijn en ervaringen belemmeringen.

7 HOOFDSTUK

HET SAMENSTELLEN VAN EEN BEWEEGEN/OF TRAININGS- PROGRAMMA



HET SAMENSTELLEN VAN EEN BEWEEG- EN/OF TRAININGS-PROGRAMMA

7.1. Beweegdoelstelling en trainingsprogramma

Beweegdoelstellingen

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en de American College of Sport Medicin (ACSM) beschrijven een algemene doelstelling over de gewenste hoeveelheid lichaamsbeweging. Het staat in hoge mate vrij welke beweegvorm wordt gekozen, mits er maar voldoende skeletspieren in voldoende intensieve mate aan mee doen.

Bij het bepalen van een persoonlijke beweegdoelstellingen dient de NNGB of de ACSM-norm als uitgangspunt te worden genomen en kan een geschikte beweegvorm worden gekozen om invulling te geven aan deze norm.

We spreken van een beweegprogramma als beweegdoelstellingen en beweegvormen in een lange termijnplanning zijn beschreven. Het plezier in bewegen is de belangrijkste bron van motivatie voor het voltooien van een beweegprogramma.

Trainingsdoelstellingen

Bij een trainingsdoelstelling is vooraf nagedacht over wat door middel van training verbeterd moet worden. Verbeteren kan op kwalitatief en kwantitatief gebied. Een kwalitatieve verbetering betreft het beter beheersen van een bepaalde beweeg-technische vaardigheid (bijvoorbeeld lopen, springen of werpen). Bij een kwantitatieve verbetering gaat het erom een vaardigheid op een hoger niveau te volbrengen (bijvoorbeeld sneller lopen of verder lopen, hoger springen of verder werpen).

Bij het bepalen van trainingsdoelstellingen zijn de volgende zaken van belang:

1. Zorg voor duidelijk geformuleerde doelstellingen die realistisch en haalbaar zijn
2. Zorg voor een lange termijnplanning. Een goede langetermijnplanning geeft overzichtelijk weer wanneer welke doelstellingen worden bereikt.

Het willen bereiken van een trainingsdoelstelling is een belangrijke bron van motivatie.

Trainingsdoelstellingen moeten na verloop van tijd worden geëvalueerd.

Het bereiken van trainingsdoelstellingen is een belangrijke bron van (zelf)vertrouwen.

Trainingsprogramma en subdoelstellingen

Door de lange termijnplanning te vertalen naar trainingsvormen op korte termijn, waarbij rekening wordt gehouden met de huidige trainingstoestand, verkrijgen we het trainingsprogramma. Het bepalen van subdoelstellingen geeft hiervoor een belangrijk richtpunt.

Een lange termijn trainingsdoelstelling is bijvoorbeeld om over 6 maanden 10 kilometer achtereen te kunnen hardlopen met een minimum snelheid van 9 km/uur. Als op dit moment hardlopen slechts 3 minuten kan worden volgehouden, is het aan te raden om een haalbare en motiverende subdoelstelling vast te stellen. Bijvoorbeeld: 10 minuten achtereen te kunnen hardlopen met een snelheid van 8 km/uur. Het trainingsprogramma kan op grond van deze subdoelstellingen worden ingevuld.

Algemene trainingsvormen

Hieronder staan de belangrijkste algemene trainingsvormen beschreven.

Vaardigheidstraining

Er wordt een bepaalde beweegvorm gekozen, bijvoorbeeld roeien. De nadruk van deze training ligt op het technisch goed (leren) beheersen van deze beweegvorm. Intensiteit en duur van de training moet niet te groot zijn. Er wordt tijdens de training dus specifiek gelet op de technische uitvoering.

Duurtraining

Er wordt een bepaalde beweegvorm gekozen, bijvoorbeeld lopen. Daarnaast worden intensiteit en duur vastgesteld: loopsnelheid en loopafstand. Van belang is om te monitoren hoe zwaar de training wordt ervaren en tot welke intensiteit en duur de deelnemer de training netjes en gecontroleerd kan uitvoeren (= het technisch breekpunt). We spreken van (beginnende) uitputting als het technisch breekpunt wordt overschreden.

Krachttraining (kwantitatieve training)

Er wordt specifiek gelet op weerstand en aantal herhalingen. Bijvoorbeeld lat-pulley. Van belang is om te monitoren hoe zwaar de training wordt ervaren en tot welke zwaarte en aantal herhalingen de deelnemer de training netjes en gecontroleerd kan uitvoeren (= het technisch breekpunt). We spreken van (beginnende) uitputting als het technisch breekpunt wordt overschreden.

7.2. Begeleidingsprofielen

Een BNAH moet in staat zijn om bij de intake te bepalen in welke van onderstaande begeleidingsprofielen iemand valt. Voor meer uitleg zie paragraaf 3.2 (en uit het begeleidingsprotocol paragraaf 4.3).

Begeleidingsprofiel 0:

Zelfstandig gebruik van faciliteiten van het FPC zonder BNAH.

Begeleidingsprofiel 1:

Sportief toezicht door BNAH gedurende een vastgestelde periode met vooraf geplande standaard hoeveelheid lessen/trainingen en (sportieve) evaluatiemomenten.

Begeleidingsprofiel 2:

Als 1 maar met extra begeleiding door BNAH of extra begeleiding door 'buddy' of 'peer'.

Begeleidingsprofiel 3:

Multidisciplinaire begeleiding met een zorgprofessional of beweegzorgprofessional en geplande medische evaluatiemomenten door huisarts, revalidatiearts of sportarts.

Begeleidingsprofiel 4:

Sportief en medisch toezicht door een fysiotherapeut met gebruikmaking van de faciliteiten van het FPC.

8 HOOFDSTUK

***BELANGRIJKE INFORMATIE VOOR HET
TRAINEN VAN MENSEN MET NAH***



BELANGRIJKE INFORMATIE VOOR HET TRAINEN VAN MENSEN MET NAH

Bewegingsdeskundige NAH betekent bekend zijn met de deelnemer en zijn aandoening, goed coachen, soms confronteren en soms motiveren.

8.1. Omgaan met NAH (met name de cognitieve stoornissen)

Omgaan met iemand die niet aangeboren hersenletsel heeft, vraagt vooral veel begrip en geduld. En uw geduld zal dan ook regelmatig op de proef worden gesteld. U zult het merken:

- als de NAH-er soms niet op tijd (of helemaal niet) op zijn of haar afspraak komt;
- als hij niet meer zo actief mee kan doen bij een training;
- als hij vroeg moet stoppen met een training;
- als hij traag reageert;
- als hij een grapje niet of verkeerd begrijpt;
- als hij soms chagrijnig is of kortaf reageert;
- als hij verward over komt en u denkt dat hij/zij heeft gedronken;
- als hij niet merkt dat hij u iets tekort doet;
- als hij een niet passende opmerking maakt, te hard praat of verkeerde grappen maakt;
- als hij vergeten is wat de bedoeling is;
- Als hij zich slecht kan concentreren en snel is afgeleid.

Vaak is NAH iets wat u niet hoeft te zien, tenminste niet aan de buitenkant. Toch zult u het als BNAH wel merken. Het is soms ook zo dat de NAH-er er zelf alles aan doet om anderen niets te laten weten over zijn beperkingen. Hij zal daar soms zelfs over liegen, niet om oneerlijk of onoprecht te zijn, maar meer uit frustratie en soms zelfs schaamte. Praat liever wel over de beperkingen en de gevoelens hierbij.

De ervaring leert dat harde (fitness)muziek op de achtergrond en andere deelnemers in een fitness ruimte die aan het trainen zijn soms storend kunnen werken op het concentratievermogen van de NAH deelnemer. Het is daarom raadzaam om andere prikkels die niet perse nodig zijn voor de oefening, weg te nemen. Muziek zachter en/of in een aparte ruimte trainen geeft al vaak minder afleiding.

Natuurlijk hebben ook mantelzorgers het niet makkelijk, ook zij hebben soms raad en hulp nodig om deze last te kunnen dragen. Het werken met iemand met NAH is soms zeker niet makkelijk, daarom is het belangrijk om hulp te durven vragen van naasten en van professionele hulpverleners.

Hieronder worden een aantal mogelijke oplossingen aangeboden, bedenk wel dat die niet altijd en zeker niet voor iedereen werken.

Een gesprek voeren kan erg veel moeite kosten, hiervoor de volgende tips:

- Praat langzaam; blijf uw vraag op dezelfde toonhoogte herhalen totdat de vraag beantwoordt is, wacht vooral met het stellen van nieuwe vragen om het overzicht te behouden. Ga zeker niet steeds luider spreken als je het gevoel hebt dat je niet wordt begrepen.
- Probeer niet door elkaar heen te praten, het volgen van meerdere sprekers (gesprekken) kan soms erg verwarrend zijn.
- Maak zelf of laat de NAH'er notities maken van hetgeen u samen afsprekt, dit voorkomt misverstanden en men kan het altijd nalezen.
- Het is erg belangrijk betrokken te blijven.
- Wees vooral duidelijk in hetgeen u verwacht, stel uw verwachtingen vooral niet te hoog om teleurstelling te voorkomen. Geniet van kleine stapjes en tel ze op, door samen de route uit te stippelen kom je erg ver.
- Het is ook belangrijk om aan ontspanning te werken. Na fysieke trainingen wordt gemakkelijk ontspanning ervaren als alles is gelukt en wordt vermoeidheid ervaren als er geen tevredenheid is.
- Het is belangrijk dat alles gemakkelijk is te vinden. Geef daarom duidelijk aan waar bijvoorbeeld het toilet is, de kleedkamers zijn, waar je even ontspannen tot rust kan komen en zorg ervoor dat trainingsapparatuur zo veel mogelijk een vaste plaats heeft.
- Als de fitnessruimte veranderd is, neem de tijd om de deelnemer hierin opnieuw rond te leiden.
- Omgang met een meningsverschil: Het komt soms voor dat de NAH'er andere gedachten heeft over wat er gebeurd is of het niet heeft gesnapt, probeer er dan kalm over te praten. Lukt dat niet laat het dan even liggen en probeer het op een later tijdstip nog eens. Dat werkt beter dan het blijven vasthouden aan een standpunt en werkt alleen maar frustratie in de hand.

Tenslotte: NAH geneest niet, er is iets blijvend beschadigd. De NAH'er zal er mee om moeten gaan, hoe moeilijk dat ook kan zijn.

8.2. Coaching: luisteren en observeren en het geven van instructies en adviezen

Het geven van instructies is een belangrijke taak van de BNAH. Instructies maken duidelijk wat, wanneer en hoe iemand iets moet doen.

Het coachen van een deelnemer gaat een stap verder. Coachen houdt in dat je iemand observeert en naar iemand luistert, bevraagt en beluistert om te kunnen beoordelen of iemand zijn taken goed of niet goed uitvoert en of iemand zich hierbij gemakkelijk of ongemakkelijk voelt. Het betekent dat je je probeert in te leven in de beleavingswereld van je deelnemer (wensen, motieven, angsten en zorgen) en dat je iemand helpt bij te sturen in een persoonlijk proces dat tot de overeengekomen doelstellingen moet leiden. Het openstaan voor vragen van de deelnemer en op de juiste momenten stellen van vragen is belangrijk. Het geven van gevraagde en ongevraagde adviezen is het wapen van de goede coach. Bij een goede coaching is er een open uitwisseling mogelijk van belevingen en meningen.

Een goede coach zorgt voor een bepaalde vertrouwde nabijheid tot de deelnemer maar bewaart ook een bepaalde veilige afstand tot de deelnemer. Als hij zich onzeker voelt of het gevoel heeft 'doelloos rond te zwemmen' is de afstand te groot; als je hem teveel op zijn huid gaat zitten, is de afstand te klein. De ervaring leert dat bij de ene NAH-er de 'klik' gemakkelijker komt dan bij de andere. De 'klik' is er meestal als de juiste afstand, waarbij zowel deelnemer als coach zich prettig voelt, is gevonden.

Van belang is te beseffen dat een goede coach in meer of mindere mate een vertrouwenspersoon kan worden van de deelnemer. De positieve kanten hiervan zijn duidelijk: als er veel vertrouwdheid over en weer is wordt ervaren, verloopt de begeleiding prettiger. Een ander voordeel is dat er bij een goede relatie ruimte is om de deelnemer te confronteren met zaken die wel belangrijk zijn, maar gevoelig kunnen liggen. Bijvoorbeeld als afspraken niet goed zijn nagekomen of doelstellingen niet zijn gehaald. Er zitten hier echter ook keerpunten aan: een te grote mate van vertrouwdheid kan er ook voor zorgen dat de afstand te klein en te persoonlijk gaat worden.

8.3. Motivatie van de deelnemer

Deelnemers kunnen worden gemotiveerd door het proces van bewegen of door de bereikte trainingsresultaten, zeker als deze overeenkomen met de gestelde doelen.

Motivatie door het proces van bewegen: Bewegen op gevoel

Er is dan plezier in het bewegen op zich of er is plezier in de spelvormen, waarin lichaamsbeweging is vervat. Plezier in bewegen is groter als er een goed ontwikkeld lichaamsgevoel is. Sommige mensen hebben een goed ontwikkeld lichaamsgevoel. Voor anderen is dit lichaamsgevoel vaag en onduidelijk.

Door te leren luisteren naar het lichaam ontwikkelen mensen een beter lichaamsgevoel en ervaren ze meer zelfvertrouwen. Door bewust het gevoel van spanning en ontspanning te (leren) beleven en dit te koppelen aan de beleving van aangename of onaangename gevoelens, kan het lichaamsgevoel worden ontwikkeld, juist bij die mensen voor wie dit gevoel tekort schiet. Het onderstaande overzicht geeft een overzicht van de diverse belevingsvormen van spanning en ontspanning in het lichaam en aangenaam en onaangenaam in de geest.

Als begeleider kun je door actief vragen te stellen aan de deelnemer en door hem goed te observeren een indruk krijgen over lichamelijke en mentale (in) spanning en ontspanning, geestelijke spanning en ontspanning, en beleving van aangename en onaangename gevoelens. Je kunt als begeleider de deelnemer helpen bij het ontwikkelen van zijn lichaamsgevoel door hem te confronteren met jouw indrukken.

- Het beleven van rust en welbevinden is feitelijk een als aangenaam ervaren lichamelijke en geestelijke ontspanning. Het is een positief gevoel en er is geen beleving van stress en machteloosheid.

- Het beleven van stress en machteloosheid is feitelijk een als onaangenaam ervaren combinatie van lichamelijke en mentale spanning. Het is een negatief gevoel en er wordt een gemis aan rust en welbevinden ervaren.
- Het beleven van energie en enthousiasme is feitelijk een als aangenaam ervaren combinatie van lichamelijke spanning met een mentale ontspanning. Het is een positief gevoel en er is geen beleving van vermoeidheid en uitputting.
- Het beleven van vermoeidheid en uitputting is feitelijk een als onaangenaam ervaren combinatie van lichamelijke ontspanning met een mentale spanning. Het is een negatief gevoel en er wordt een gemis ervaren van energie en enthousiasme.

Motivatie door het resultaat van trainen

Trainen is bewegen met een bepaald doel. Doelstellingen zijn bijvoorbeeld de gewenste trainingseffecten op het gebied van lichamelijke vaardigheden en/of conditie. Door het resultaat van de trainingen kunnen deelnemers gemotiveerd worden.

Als we erin slagen om onze doelstelling te behalen, ervaren we succes en dit is motiverend. Als we er niet in slagen om onze doelstelling te behalen, ervaren we frustratie. Frustratie kan worden omgezet in motivatie, maar teveel frustratie werkt uiteindelijk demotiverend.

Doelstellingen kunnen ook gesteld worden ten aanzien van gezondheid, psychisch en sociaal functioneren.

Bewegen met anderen, spelen..... en winnen

Motiverend is het ook om te spelen. Spelen doe je wel volgens spelregels waaraan allen zich houden. Binnen die regels is het leuk. Spelen doe je ook vaak om te winnen. Dit is geen enkel probleem als je ook maar goed kunt verliezen. Verliezen hoort bij het spelen en mag niet frustrerend en demotiverend zijn. Dit is wel het geval als winnen een doel op zich is geworden. Het spelen is dan hard werken en dit kan ten koste gaan van het plezier. Een succes wordt dan alleen ervaren bij het ultieme resultaat: Winnen. Er wordt dan geen succes en plezier meer beleefd aan het proces van bewegen en het spel. Kort gezegd: Spelen is altijd goed, spelen om te winnen is geen enkel probleem, maar winnen om het winnen mag nooit het doel zijn.

Intrinsieke motivatie bij mensen met onvoldoende lichaamsbeweging

Spelenderwijs ervaren mensen dat bewegen prettig is om te doen of dat de bewegeeffecten prettig zijn om te ervaren. Een dergelijk ervaring treedt bij ruim twee derde van de niet of onvoldoende bewegende mensen binnen drie tot twaalf weken op, mits er een realistische planning is met haalbare doelen en een goede begeleiding is van het proces.

Mensen die niet of weinig bewegen en sport niet zo leuk vinden, hebben in het algemeen een slechte of matige fysieke conditie en een matig zelfbeeld. Daarin onderschatten ze hun fysieke mogelijkheden en overschatten ze hun fysieke beperkingen. Ze hebben nooit duidelijk zelf ervaren welke positieve voelbare en meetbare effecten lichaamsbeweging op hun lijf en leven kunnen hebben.

Deze positieve effecten worden door een adequaat beweegprogramma wel gemakkelijk ervaren.

Het gaat dan om zelf beleefde positieve effecten op het gebied van algehele conditie (uithoudingsvermogen, kracht), motorische vaardigheden en zelfvertrouwen. De grootste effecten treden met name op in de eerste drie tot zes maanden en zijn vaak al na drie weken voelbaar en zelfs objectief meetbaar. Om deze mensen op gang te helpen is het voldoende om deze mensen duidelijk aan te geven welke effecten bereikt zullen worden na drie weken, zes weken en drie maanden en vervolgens aan de slag te gaan.

Op grond van deze zelf ervaren bewegeeffecten zal ruim twee derde van de niet-bewegsters na drie maanden intrinsiek zijn gemotiveerd en ruim de helft na zes maanden in staat zijn om zonder begeleiding zichzelf te voorzien in een gezond en realistisch beweegpatroon.

De intrinsieke motivatie wordt nog verder vergroot als mensen met NAH zelf ervaren dat ze vooruit zijn gegaan op lichamelijk gebied (motoriek en balans, beweeglijkheid, coördinatie, uithoudingsvermogen en kracht) en op mentaal gebied (stemming, gedragsregulering, minder last van prikkels, eenzaamheid, apathie en verbeterde eigenwaarde).

Deze werkwijze met betrekking tot het intrinsiek motiveren onderscheidt zich van de cognitieve gedragstherapie, met een in aanzet extrinsieke motivatie, die effectief zijn gebleken bij mensen met een ongezonder voedingspatroon en rokers, met uitermate bescheiden successen op de langere termijn.

TABEL: Te verwachten subjectief beleefde bewegeeffecten na behalen ACSM-norm in 3 maanden

Huidige hoeveelheid lichaamsbeweging	< NNGB	< NNGB	>NNGB; <ACSM	>ACSM
Bereikte hoeveelheid lichaamsbeweging na 3 mnd	NNGB	ACSM	ACSM	ACSM
Subjectieve Gezondheidsbeleving van mensen met NAH	+/-	++	+	-

8.4. Blessurepreventie

De BNAH dient rekening te houden in de opbouw van het trainingsprogramma met de preventie van blessures. Daarnaast dient de BNAH op de hoogte te zijn van EHBSO en EHBO.

DEEL 2

BEGELEIDINGSProtocol

NAH - NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL

2



9 HOOFDSTUK

VOORWOORD



VOORWOORD

9. Voorwoord

Dit protocol is tot stand gekomen in het kader van het project Meet me @the Gym (MM@TG).

Dit project is een samenwerking tussen de Hersenstichting, de Edwin van der Sar Foundation, de VSG en NL Actief. Het heeft als doel mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die uitbehandeld zijn in de zorgsector op een veilige, zinvolle en plezierige manier aan het sporten te brengen of te houden in een NL Actief Preventiecentrum (FPC).

Het protocol beschrijft hoe de Bewegingsdeskundige NAH (BNAH) deelnemers met NAH begeleidt binnen het FPC.

Het sporten en bewegen binnen het FPC moet goed onderscheiden worden van revalidatie. Revalidatie is namelijk bedoeld voor mensen die op grond van hun ziekte of blessure directe paramedische of medische begeleiding nodig hebben. Het doel van revalidatie is om de betreffende ziekte of blessure te genezen of in een stabiel-medische toestand te brengen, waarbij de patiënt in ieder geval in staat is zelfstandig zijn of haar algemene dagelijkse activiteiten te doen.

Het sporten en bewegen binnen het FPC is bedoeld voor mensen die een stabiel-medische toestand hebben en in principe zelfstandig kunnen functioneren. De hoeveelheid lichaamsbeweging wordt zo ingesteld dat de gezondheid wordt bevorderd en de kans op welvaartsziektes afneemt.

Een belangrijke bijdrage aan dit protocol is geleverd door een werkgroep ingesteld in het kader van het project MM@TG waarin vertegenwoordigers van de fitnessbranche en (beweeg)zorg zitting hebben.

Er is gepoogd dit protocol goed te laten aansluiten bij de Zorgmodule Bewegen. Deze zou in opdracht van VWS en onder leiding van NISB ontwikkeld worden, maar is tot op heden nog steeds niet vastgesteld.

9.1. Gebruikte termen en afkortingen

Deelnemer: Persoon met niet-aangeboren hersenletsel die deelneemt aan een beweegprogramma binnen het NL Actief Preventiecentrum.

NL Actief Preventiecentrum (FPC): Een door het onafhankelijk keuringsinstituut Keurmerk Fitness gecertificeerde veilige sportomgeving waarin zelfstandig veilig kan worden gesport door deelnemers en waar onder begeleiding van een competente Beweegdeskundige NAH kan worden gesport.

BNAH: Beweegdeskundige niet-aangeboren hersenletsel.

BP: Beweegprogramma met vastgestelde medische en sportieve begeleiding.

Zorgprofessional: Een professional uit de gezondheidszorg, bijvoorbeeld een huisarts, een revalidatiearts, een fysiotherapeut of een sportarts.

Beweegzorgprofessional: Een zorgprofessional met competenties op het gebied van bewegen, sporten en trainen, bijvoorbeeld een sportarts of een fysiotherapeut /bewegingswetenschapper.

Mantelzorger: Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor bijvoorbeeld een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner. Het zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen.



10 HOOFDSTUK

ONTVANGST EN INTAKEPROCEDURE



ONTVANGST EN INTAKEPROCEDURE

10.1. De ontvangstprocedure

Nieuwe deelnemers worden in het algemeen door een balie-/salesmedewerker van het FPC ontvangen. Onder hen kunnen potentiële deelnemers van een beweegprogramma zitten. Bij de ontvangst dient de medewerker na te vragen of de potentiële deelnemer specifiek vanuit de gezondheidszorg (bijvoorbeeld door een neuroloog, revalidatiearts, huisarts, een praktijkondersteuner of een fysiotherapeut met kennis van neurorevalidatie) is geadviseerd naar een FPC te komen. Als hij op eigen initiatief is gekomen, dient nagevraagd te worden geïnformeerd of hij speciaal voor een NAH beweegprogramma komt.

Bij iemand die op eigen initiatief komt, moet altijd een PAR-Q te (zie 2.2 en bijlage A) afgenomen worden. Afhankelijk van de uitkomst van deze vragenlijst wordt de potentiële deelnemer geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts. Pas daarna kan definitief gestart worden met een beweegprogramma (zie 2.2).

Potentiële deelnemers die doorverwezen zijn hoeven geen PAR-Q in te vullen. Redelijkerwijs kan ervan worden uitgegaan dat de verwijzer rekening gehouden heeft met de betekenis van eventuele blessures en aandoeningen ten aanzien van het fitnessen. Bij alle potentiële deelnemers voor een beweegprogramma dient een afspraak te worden gepland met een Bewegingsdeskundige NAH (BNAH) voor een intakeprocedure. Alleen de BNAH kan op grond van de intakeprocedure een potentiële deelnemer definitief inschrijven voor een beweegprogramma. Het is dus onwenselijk een potentiële deelnemer definitief te laten inschrijven door een balie- of salesmedewerker voordat de intake is afgenomen.

10.2. PAR-Q vragenlijst en 'Eigen Verklaring' van deelnemers

Tijdens de ontvangst vult de potentiële deelnemer de vragenlijst in. Met een eenvoudige instructie is die binnen vijf minuten in te vullen. In principe kan iedere willekeurige medewerker de lijst afnemen.

Het doel is om te beoordelen of er veilig gestart kan worden met fitnessen of dat er eerst nog een oordeel van een zorgprofessional nodig is.

Het gebruik van de PAR-Q lijst heeft de volgende voordelen:

- De potentiële deelnemer wordt gedwongen stil te staan bij zijn huidige gezondheid
- Het risico op gezondheidsschade wordt gereduceerd
- Behandelende (beweeg)zorgprofessional worden betrokken in het proces

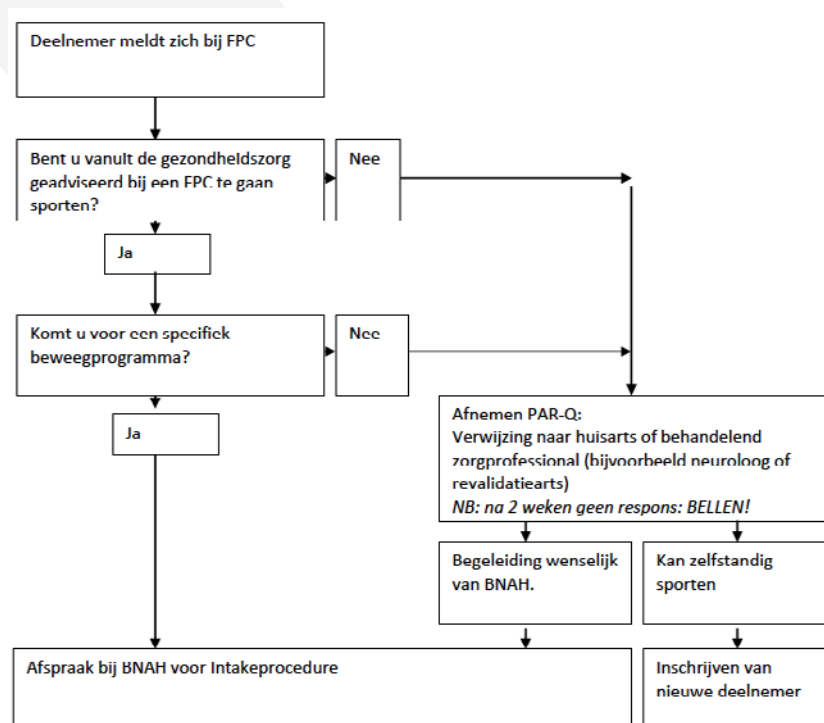
Het is belangrijk te beseffen dat de PAR-Q ongeschikt is om de betekenis van blessures en medische aandoeningen in relatie tot het beweegprogramma te beoordelen. Een dergelijke beoordeling vindt plaats door een BNAH in samenspraak met een (beweeg)zorgprofessional.

Zelfbeschikking en 'Eigen Verklaring' van deelnemers

Als er een JA komt uit de PAR-Q vragenlijst, volgt advies aan de potentiële deelnemer om contact op te nemen met de huisarts of een andere zorgprofessional. Op grond van zelfbeschikking van de deelnemer is dit advies niet dwingend op te leggen. De deelnemer moet een 'Eigen Verklaring' ondertekenen als hij het advies niet opvolgt.

De deelnemer verklaart op de hoogte te zijn van het verhoogde risico en wil op eigen verantwoordelijkheid starten met veilig bewegen in fitnesscentrum... Handtekening.)

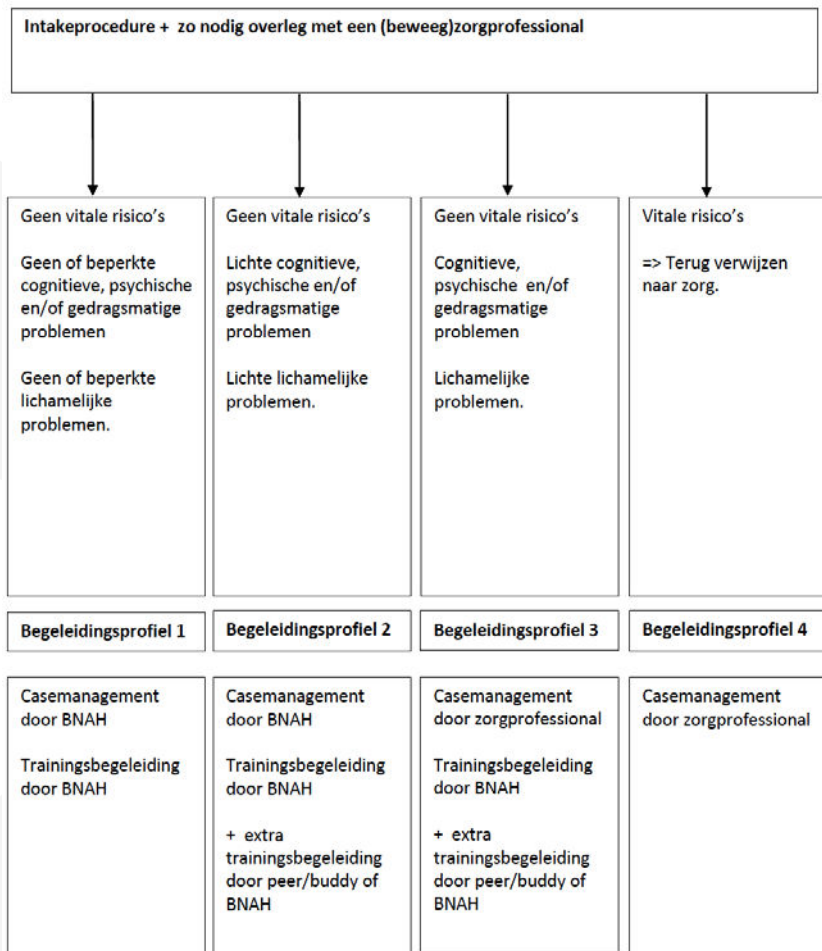
10.3. Stroomschema ontvangst nieuwe deelnemers bij NL Actief Preventiecentrum



10.4. Overzicht van Intakeprocedure en Begeleidingsprofielen bij FPC

Behandeling van de Intakeprocedure, zie 2.5 en verder.

Behandeling van de begeleidingsprofielen zie 4.2 t/m 4.3.



10.5. De Intakeprocedure

Als de (potentiële) deelnemer een mantelzorger (meestal partner) heeft, dient de BNAH bij voorkeur ook deze mantelzorger uit te nodigen voor het intakegesprek. De kern van de intakeprocedure is het intakegesprek. Dit gesprek kan worden ondersteund door gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten en worden aangevuld met gestandaardiseerde fysieke testen.

Het intakegesprek zelf kan alléén worden afgenomen door een FIT!NED.NL (Nederlands register voor fitnessprofessionals) geregistreerde BNAH met voldoende kennis en vaardigheden. Het laten invullen van vragenlijsten of het uitvoeren van fysieke testen dient ook bij voorkeur door de BNAH worden gedaan, maar kan eventueel onder supervisie van de BNAH door andere fitnessprofessionals worden afgenomen.

Na de intakeprocedure is bekend:

1. Of het FPC een goede omgeving met voldoende faciliteiten en deskundigheid is voor de deelnemer om veilig en effectief een beweegprogramma te volgen.
2. Wat de concrete individuele beweegdoelen en/of trainingsdoelen zijn.
3. In welk begeleidingsprofiel de deelnemer het beweegprogramma zal doorlopen.
4. Met welke specifieke aandachtspunten rekening gehouden moet worden.

10.6. Het intakegesprek

Het intakegesprek is een gestructureerd gesprek met de deelnemer. Hiervoor is ongeveer twintig tot dertig minuten nodig. Van belang is dat tijdens het gesprek in een open en vertrouwde sfeer duidelijkheid komt over alle zaken die van belang zijn voor de deelnemer en voor de BNAH om een beweegprogramma te doorlopen.

10.7. Gesprekstechniek

Heel vaak leidt hersenletsel tot een ingrijpende en blijvende breuk in de levenslijn. Vertrouwde zaken zijn niet meer vertrouwd, het leven krijgt een volledig andere wending en invulling. De klachten en problemen die getroffen en met hersenletsel ervaren, verschillen van persoon tot persoon. Getroffenen moeten zichzelf vaak opnieuw uitvinden. Zij moeten veel doodnormale vaardigheden zoals de krant lezen, een stukje lopen of thee zetten opnieuw leren. Ogenscheinlijk leven zij een normaal leven als ieder ander mens, maar alle handelingen en vaardigheden kosten meer moeite en tijd, of kunnen alleen met hulp van anderen worden uitgevoerd. Iemand met hersenletsel kan een hele dag een volle en drukke dag hebben, en aan het eind ervan niets uit zijn of haar handen hebben gekregen.

Niet goed zichtbaar, merkbaar of uit te leggen

Veel problemen van mensen met hersenletsel zijn voor anderen niet direct zichtbaar of merkbaar. Iemand met hersenletsel heeft soms meer tijd dan anderen nodig om op een afspraak te komen of een gesprek te voeren. Het kost meer tijd om iemand met hersenletsel iets uit te leggen, omdat het even duurt voordat de informatie is verwerkt. Vaak ook kan iemand met hersenletsel zelf zijn of haar problemen niet goed uitleggen of de gevolgen van toekomstige veranderingen niet goed inschatten. Het vergt dus wat meer geduld, oefening en invoelingsvermogen om een gesprek te voeren met iemand met hersenletsel.

Communicatietips

- Voer een gesprek bij voorkeur samen met iemand die de (potentiële) deelnemer goed kent bv. de partner of mantelzorger. Luister ook naar diens verhaal. Mensen met hersenletsel hebben lang niet altijd voldoende inzicht in hun eigen beperkingen.
- Neem de tijd voor het gesprek. Mensen met hersenletsel hebben vaak meer tijd nodig om uw vragen of reacties te begrijpen en te verwerken.
- Praat rustig en in korte eenvoudige zinnen.
- Vraag één ding tegelijkertijd.
- Herhaal uw vraag als de ander u niet begrijpt of reageert en controleer of de vraag wordt begrepen.
- Neem voldoende pauzes tussen uw vragen of antwoorden.
- Geef waar nodig de hoofdlijnen in het gesprek aan en help mee hoofd- en bijzaken te onderscheiden.
- Gebruik indien aanwezig ondersteunende communicatiemiddelen.
- Vat regelmatig samen wat u gezegd hebt en wat de ander gezegd heeft, het is verstandig om afspraken op papier te schrijven of via de e-mail te versturen.
- Helder een misverstand altijd op, accepteer geen 'laat maar...'
- Doe niet alsof u iets begrepen hebt, als u het echt niet begrijpt.
- Stem met de deelnemer af of deze het prettig vindt als u hem aanvult voordat de ander het zelf zegt.

Gesprekswijzer Hersenletsel

De Samenwerkende Hersenletsel Verenigingen (SHV) hebben een gesprekswijzer ontwikkeld voor gesprekken met mensen met hersenletsel en hun naasten. Via www.hersenletsel.nl is een vragenlijst te vinden die getroffen en/of naasten als voorbereiding op, of tijdens het gesprek met een zorgverlener kan invullen. De vragen gaan in op de mogelijkheden en beperkingen, en op de hulp- en ondersteuningsvragen van mensen met hersenletsel.

De gesprekswijzer kan een goede leidraad voor een gesprek zijn. Deze lijst kan ook samen met de (potentiële) deelnemer ingevuld worden tijdens het kennismakingsgesprek. Directe link:

http://www.hersenletsel.nl/nah/index.php?q=overzichtprofiel_mantelzorgers

Het kennismakingsgesprek dient te worden uitgevoerd in een prettige, liefst afgesloten ruimte. Van belang is dat de BNAH over goede vaardigheden bezit om de juiste vragen te stellen, door te vragen en met name ook aandachtig te luisteren en zich probeert te verplaatsen in de beleavingswereld, wensen, verwachtingen, zorgen en belemmeringen van de deelnemer.

Bekendheid met technieken uit 'Motivational Interviewing' is een (groot) voordeel.

Een intakegesprek is de sleutel tot een succesvolle samenwerking met de deelnemer.

Om een goed intakegesprek te voeren, moet de BNAH beschikken over een aantal vaardigheden:

1. Zorgdragen voor een ontspannen omgeving en sfeer.
2. Introduceren van jezelf en uitleggen van het belang en doel van het gesprek.
3. Weten welke informatie je wilt hebben.
4. De juiste vragen stellen.
5. Goed luisteren en observeren, gesprek afstemmen op de deelnemer.
6. Gegeven informatie samenvatten en teruggeven.
7. Overzicht houden over de volledigheid en duidelijkheid van de gegeven informatie.
8. Vertrouwelijke informatie.

Ad 1. Zorgdragen voor een ontspannen omgeving en sfeer

Het intakegesprek dient bij voorkeur in een rustige ruimte plaats te vinden. Temperatuur moet behaaglijk zijn, geen storende geluiden. Bij voorkeur zijn alleen de deelnemer en zijn begeleider en de BNAH in de ruimte aanwezig. Zorg voor een niet te felle verlichting. Houdt rekening met een eventuele beperking in het gezichtsveld of gehoor van de deelnemer.

Ad 2. Introduceren van jezelf (functie en verantwoordelijkheden) en uitleggen van het belang en doel van het gesprek

Het gesprek begint met een introductie van jezelf en je functie. Belangrijk is om duidelijkheid te verschaffen over de verantwoordelijkheid van jou als BNAH. Je bent verantwoordelijk voor het geven van een goed afgestemd beweegprogramma. Een goed beweegprogramma is in de eerste plaats gericht op veiligheid. Dit houdt in dat onveilige situaties worden herkend door de BNAH en dat hiermee juist wordt omgegaan. In de tweede plaats heeft een goed beweegprogramma meerwaarde voor de deelnemer; het programma houdt rekening met de wensen van de deelnemer en de doelstellingen van de deelnemer worden gehaald. De BNAH heeft op grond van zijn achtergrond geen verantwoordelijkheid voor het verloop van ziektes en aandoeningen bij de deelnemer. Vervolgens leg je uit wat het belang is van het intakegesprek en wat je ermee wilt bereiken.

Ad 3. Weten welke informatie je wilt hebben

Voorafgaande aan het gesprek moet de BNAH een overzicht hebben welke informatie nodig is om een bij de deelnemer passende begeleidersrol te kunnen vervullen. Het gaat om persoonlijke informatie van en over de deelnemer. Het doel van de BNAH is een beeld te vormen van de deelnemer, waarbij ingezoomd wordt op:

- zijn conditie en beweeggedrag,
- zijn gezondheid en gezondheidsklachten,
- zijn dagelijks functioneren,
- zijn wensen en verwachtingen van jou als BNAH.

Als de BNAH goed weet welke informatie hij nodig heeft, kan hij beter zorgdragen voor een open en ontspannen sfeer. De deelnemer is aan het woord en de BNAH nodigt uit tot dit gesprek, luistert, vraagt door waar nodig en vormt zich zo een steeds scherper beeld van datgene wat hij wil weten. Zie verder: inhoud van het intakegesprek.

Ad 4. Juiste vragen stellen

De BNAH geeft door het stellen van open vragen sturing aan het gesprek. Daar waar nodig wordt dit aangevuld met meer gesloten vragen. Bij voorkeur vertelt de deelnemer zoveel mogelijk vanuit eigen beleving en in eigen woorden. Het gesprek dient niet de vorm te krijgen van het langslopen van een voorgedrukte vragenlijst.

Ad 5. Goed luisteren en observeren; gesprek afstemmen op de deelnemer

De snelheid van praten en het taalgebruik moet zoveel mogelijk aansluiten bij wat de deelnemer goed kan volgen.

Het is een goed aan te leren kunst om met zo min mogelijk vragen de deelnemer te stimuleren vrijuit te spreken. Als de deelnemer zijwegen inslaat, is het zeer waarschijnlijk dat de deelnemer graag iets kwijt wil wat hij belangrijk vindt. Uit laten spreken en proberen te volgen is dan het meest verstandig. Als de deelnemer niet erg spraakzaam is of laat blijken dat sommige vragen ongemakkelijk, te vertrouwelijk of vervelend vindt, dien je daar begrip voor te hebben. Als de deelnemer ten gevolge van het NAH moeite heeft zich uit te drukken in taal of moeite heeft de lijn van het gesprek vast te houden, is het zaak om geduldig te zijn en proberen te helpen met het zoeken naar woorden en/of terug te keren naar dat wat hij/zij wilde vertellen.

Behalve door te luisteren is het ook mogelijk om aan de houding en gezichtsuitdrukking te zien of emoties meespelen. Het benoemen van wat je ziet of meent te zien en vragen of jouw waarneming in overeenstemming is met het gevoel van je deelnemer, kan openheid creëren in het gesprek.

Ad 6. Gegeven informatie samenvatten en teruggeven

Het is voor zowel de deelnemer als de BNAH prettig om kort en bondig in eigen woorden samen te vatten wat er is besproken en erna te beoordelen of dat overeenkomt met wat is bedoeld. Samenvatten is voor de BNAH een controlemiddel of hij alle informatie heeft. Voor de deelnemer is het een controlemiddel of de BNAH hem juist heeft begrepen. Eventueel kan hij zich groepen voelen zaken toe te voegen of te verduidelijken. De samenvatting kan meegegeven worden, zodat de deelnemer hier thuis, na enige bedenktijd en eventueel overleg met anderen, aanvullingen op kan geven.

Ad 7. Overzicht houden over de volledigheid van de gegeven informatie

Als er sprake is van een open en prettig gesprek, kunnen verschillende onderwerpen door elkaar aan bod komen en kan er van het ene naar het andere onderwerp worden gesprongen. Dit hoeft geen probleem te zijn als de BNAH zich maar goed bewust is welke informatie hij wil hebben, welke hij al heeft en nog mist. Aan het eind van een onderwerp en aan het einde van het gesprek

kan hij de missende informatie alsnog bevragen.

Ad 8. Uitleggen hoe vertrouwelijk met informatie wordt omgegaan

Het is van belang expliciet uit te leggen welke informatie wordt opgeschreven, waarin het verslag wordt bewaard en welke personen dit mogen inzien. De deelnemer behoudt te allen tijde het recht (een deel van) de gegeven informatie niet met derden te willen delen.

Introductieperiode na de kennismaking

Denk na een kennismakingsgesprek aan een reeks van bijvoorbeeld vier proeflessen voor maximaal vier personen met eventueel een buddy of peer. Tijdens een proefles wordt vooral rust gecreëerd en worden de mensen op hun gemak gesteld. Er gaat veel tijd en energie zitten in aandacht geven en mensen het vertrouwen in je geven. De eerste benadering, het eerste contact is cruciaal en kan het verschil maken.

De introductielessen zijn een start tot en een stimulans om te gaan sporten. Mensen met hersenletsel moet je blijven stimuleren, dat is een investering die je moet doen, anders heeft het geen zin om hen les te geven.

Je moet hen de eerste periode vaker bellen en vragen stellen als: "Ga je vandaag nog wat doen?" "Hoezo?" "Nou komen oefenen met lopen, krachttraining etc.?" "O, ja dat ga ik doen". Soms kan het nodig zijn om een kwartier later nog eens bellen. Dan hoop je dat de telefoon gewoon overgaat en hij al op weg is. Ook is het belangrijk om na het sporten wat oefeningen op te schrijven zodat ze weten wat ze gaan doen en wat er verwacht wordt dat ze doen.

10.8. Inhoud van het gesprek

De volgorde van de onderwerpen die je tijdens het intakegesprek aan de orde laat komen, hoeft niet vast te staan.

Het is in het algemeen logisch om na de introductie en het informeren naar de reden van komst, te beginnen met het onderdeel beweegvoorkeuren, beweegdoelen en trainingsdoelen, omdat dit vaak aansluit bij de reden van komst. Het kan ook dat de deelnemer hier nog niet specifiek over heeft nagedacht omdat hij niet goed weet wat hij wil, gezien zijn gezondheidstoestand. In dat geval is het logisch om met dit onderdeel te beginnen.

De volgende onderwerpen moeten in ieder geval aan de orde komen:

1. De reden van zijn komst.
2. De persoonlijke gezondheid, restverschijnselen en belastbaarheid.
3. De huidige en gewenste sport- en beweegactiviteiten.
4. De persoonlijke maatschappelijke omstandigheden.

Reden van komst

Voorbeeldvragen:

Welke wensen en verwachtingen heeft de deelnemer bij het FPC?

Is de deelnemer op eigen initiatief gekomen of is de deelnemer verwezen vanuit de zorg?

Toelichting:

Vragen over de wensen en verwachtingen van de deelnemer ten aanzien van zijn komst naar het FPC in het algemeen. Het kan zijn dat de deelnemer op eigen initiatief is gekomen, of dat hij door iemand naar het centrum is verwezen. Vraag of de deelnemer een overdracht van b.v. het revalidatieteam heeft mee gekregen of dat je contact op mag nemen met b.v. de fysiotherapeut voor een overdracht.

Na afloop van dit onderdeel heb je een beeld van de reden, waarom de deelnemer naar het FPC is gekomen.

De persoonlijke gezondheid, restverschijnselen en belastbaarheid

Voorbeeldvragen:

Welke hersenaandoening is er en wanneer is deze ontstaan?

Is er vanuit de zorg recent of in het verleden een revalidatieprogramma doorlopen?

Zijn er lichamelijke en/of psychische beperkingen die de trainbaarheid/coachbaarheid van de deelnemer en de communicatie met de deelnemer compliceren?

Vraag of de deelnemer een overdracht van het revalidatieteam heeft mee gekregen of dat er contact mag worden opgenomen met de fysiotherapeut voor een overdracht.

Toelichting:

Algemene vragen over de door de deelnemer ervaren gezondheid en conditie en welke problemen hij hierbij ervaart. Specifiek mag er worden doorgevraagd over het ontstaan en verloop van het NAH en duur en verloop van een eventuele revalidatieperiode. Dit geldt ook over het ontstaan en verloop van andere ziektes of blessures.

Belangrijk is ook door te vragen over restverschijnselen van de aandoening, omdat deze de trainbaarheid en de mate van begeleiding kunnen beïnvloeden. Het gaat dan om vragen over spraak, informatieverwerking, prikkelgevoeligheid, dagritme in cognitieve en fysieke belastbaarheid, zelfstandigheid in dagelijks leven.

Als er na dit onderdeel onduidelijkheid bestaat over de veiligheid van sporten en bewegen, is het belangrijk dat er liefst een rechtstreekse contact mogelijk is met een (beweeg)zorgprofessional die bekend is met de deelnemer. Een hulpmiddel hierbij is de PAR-Q, de patiënt specifieke klachtenlijst en de beperkingen-analyse.

Na afloop van dit gespreksonderdeel heb je een beeld van specifieke aandachtspunten met betrekking tot de fysieke en cognitieve belastbaarheid van je deelnemer.

Huidige en gewenste sport- en beweegactiviteiten

Voorbeeldvragen:

Wat zijn de huidige sportieve activiteiten en wat zijn de gewenste sportieve activiteiten?

Heeft de deelnemer specifieke doelen die hij/zij door training wil bereiken?

Zijn er mensen die als buddy kunnen functioneren?

Toelichting:

Specifiek kan worden doorgevraagd over het huidige beweegpatroon, zijn sportverleden en eventuele wensen en motieven ten aanzien van het toekomstige beweegpatroon. Het is belangrijk om erachter te komen of iemand specifieke voorkeuren heeft voor sportieve activiteiten. Van belang is verder of er een verbetering is gewenst in algehele conditie of in een specifieke vaardigheid. Hulpmiddel hierbij is de beweegvoorkeuren en motievenanalyse.

De persoonlijke maatschappelijke omstandigheden

Voorbeeldvragen:

Vragen betreffen gezin, familie situatie.

Vragen betreffende werk en/of scholing.

Toelichting:

Praten over gezin, werk en leefstijl is niet direct noodzakelijk voor begeleiding van een beweegprogramma, maar informatie hierover is uiteraard nuttig om iemand op prettige en stimulerende wijze te kunnen begeleiden. De bereidheid om hierover te vertellen is in het algemeen wel aanwezig, maar sommige deelnemers zien het belang van dergelijke vragen niet in, vinden het onbelangrijk of willen ze niet beantwoorden omwille van zijn privacy.

10.9. Specifieke aandachtspunten bij deelnemers met NAH

Op grond van de aandoening dient bij deelnemers met NAH rekening gehouden te worden met de volgende aandachtspunten (zie ook gevolgen van NAH in het kennisdossier).

MOGELIJKE GEVOLGEN NAH	
Cognitief	Aandacht en geheugen
	Taalgebruik en sociale interactie
	Prikkelgevoeligheid
	Waarneming
	Praktische handelingen
	Overzicht en Oriëntatie
Motorisch en Lichamelijk	Balans en Lopen
	Arm-Handfunctie
	Pijnklachten
	Gevoelsstoornissen
Psychisch en Gedragmatig	Vermoeidheidsklachten
	Stemming (somber, angstig)
	Impulsief/agressief, afwachten/initiatief loos
	Dagelijks functioneren

Comorbiditeit

Veel mensen met NAH hebben comorbiditeit. Mensen met beroerte hebben in de regel vier andere nevendiaagnosen (aandoeningen) zoals diabetes, cardiaal lijden naast de hoofddiagnose beroerte. Bij het uitvragen zal specifiek moeten worden gevraagd naar:

1. Epilepsie.
2. Cardiovasculaire problematiek (hartklachten, claudicatio klachten).
3. Kortademigheid of anderszins.
4. Problemen met bewegingsapparaat.

Specifieke aandachtspunten kunnen overzichtelijk worden weergegeven in de onderstaande complicatiematrix.

Complicatiematrix	Aandachtspunt ja/nee	Opmerking
Aandacht en geheugen		
Taalgebruik en sociale interactie		
Prikkelgevoeligheid		
Waarneming		
Praktische handelingen		
Overzicht en Oriëntatie		
Balans en Lopen		
Arm-Handfunctie		
Pijnklachten		
Vermoeidheidsklachten		
Gevoelsstoornissen		
Stemming (somber, angstig)		
Impulsief/agressief, Afwachten/ initiatie loos		
Dagelijks functioneren		
Overige....		

Indien er een aandachtspunt met ja is aangekruist, kan er bij opmerkingen worden gespecificeerd of dit consequenties heeft voor de begeleiding van BNAH en voor de keuze van het begeleidingsprofiel.

10.10. Bepaling van concrete individuele doelen

Om tot concrete individuele doelen te komen, dient in eerste instantie een onderscheid gemaakt te worden in Beweegdoelen en Trainingsdoelen.

Beweegdoelen:

Nadruk bij beweegdoelen ligt op deelname en plezier. Op basis van alle analyses van de intake en de fysieke testen maakt BNAH een beweegvorm- en beweegvoorkeur analyse en bepaalt hij samen met de deelnemer de gewenste en haalbare sportieve activiteiten.

Trainingsdoelen:

Bij trainingsdoelen licht de nadruk op verbetering van conditie of verbetering van bepaalde motorische vaardigheden. Hierbij is het belangrijk dat de trainingsdoelen dusdanig motiverend en realistisch zijn dat beiden zich er volledig aan kunnen committeren en dat ze betrekking hebben op het verbeteren van het aerobe uithoudingsvermogen en spierkracht. De doelstellingen kunnen vertaald worden naar in het dagelijks leven meetbare parameters. Voorbeelden hiervan zijn meer trappen kunnen lopen, met de fiets boodschappen kunnen doen, langer tuinieren, boodschappen kunnen tillen. Hierbij kan bijvoorbeeld

gebruik worden gemaakt van de patiënt specifieke klachtenlijst (zie bijlage C).

Trainingsdoelen kunnen zich richten op:

1. Het verbeteren van het aerobisch uithoudingsvermogen.
2. Het verbeteren van de spierkracht.
3. Het behalen van de ACSM beweegnorm.
4. Specifieke doelen met betrekking tot ADL (algemeen dagelijks leven)-activiteiten.

Op basis van beweegdoelen en trainingsdoelen dient de BNAH samen met de deelnemer concreet de individuele doelen zo objectief mogelijk te bepalen. Deze doelen dienen voor beiden motiverend en realistisch te zijn zodat beiden zich er aan kunnen committeren. Het trainingsresultaat van deze activiteiten moet getoetst worden aan deze doelen.

10.11. Tools voor het intakegesprek: Vragenlijsten, formulieren etc.

1. De complicatiematrix (zie 2.9)
2. De Specific Activity Scale (zie bijlage B)
3. Patiënt Specifieke Klachtenlijst (zie bijlage C)
4. De beweegvorm- en beweegvoorkeur analyse (zie bijlage D)
5. De doelen en motievenanalyse (zie bijlage E)

11 HOOFDSTUK

TESTEN EN MONITOREN



TESTEN EN MONITOREN

11.1. Testen en Monitoren algemeen

Tijdens de intake kan er door te testen een objectieve meting en registratie worden gedaan over de fysieke en/of mentale toestand van de deelnemer. De uitkomst van dergelijke testen kan worden gebruikt om het uitgangsniveau te bepalen en de voortgang en het resultaat van het beweegprogramma te evalueren.

11.2. Waarom fysieke testen?

Inspanningstesten zijn niet altijd nodig voor mensen met een NAH. Toch spelen inspanningstesten een belangrijke rol bij het samenstellen en het voortdurend optimaliseren van het trainingsprogramma. Het doen van inspanningstesten kan bijdragen aan veiligheid en effectiviteit.

Om te bepalen of er verbeteringen zijn opgetreden gedurende het trainingsprogramma moet er altijd een nulmeting plaatsvinden. Afhankelijk van de doelstelling (wat wil je precies testen?) kunnen testen in vele vormen worden afgenomen.

In het algemeen zijn testen die iets over het algemene uithoudingsvermogen zeggen, altijd waardevol. Het algemene uithoudingsvermogen van een deelnemer kan door een gestandaardiseerde fietstest of wandeltest worden bepaald.

11.3. Submaximale testen ter bepaling van het uithoudingsvermogen

Er zijn twee veel gebruikte testen beschikbaar. De 6 minuten wandeltest (6MWT, zie bijlage F) en de aangepaste Åstrand test (zie bijlage G). Uit onderzoek blijkt dat de 6MWT veel is ingezet bij deelnemers met een verminderde belastbaarheid. De test is laagdrempelig en vereist geen specifieke materialen. De keuze voor één van deze testen wordt verder bepaald door te letten op de beweegvoorkeur van de deelnemer (zie bijlage D). Als deze graag een loopprogramma wil doen is het logisch de 6MWT te gebruiken. Als de deelnemer voornamelijk een fietsprogramma wil doen dan is de aangepaste Åstrand aan te bevelen. Zijn er andere beweegvoorkeuren, dan wordt aanbevolen om de 6MWT af te nemen.

Het uitvoeren van 'andere' submaximale testen dan de 6MWT en de aangepaste Åstrand test, zodat de fitnessondernemer zijn eigen cardio apparatuur kan gebruiken, is mogelijk. Hij moet dan wel over een betrouwbaar protocol beschikken waarin deze alternatieve test beschreven staat. Daarbij moet zowel de hartslag, het geleverde vermogen, als de borgscore op valide wijze gemeten en vastgelegd kunnen worden.

Belangrijk!

Tijdens het testen dient de BNAH de mate van vermoeidheid en/of pijn die de deelnemer ervaart goed te monitoren. Daarvoor dient hij gebruik te maken uit Borg Schaal (bijlage H) of Visueel Analoge Schaal (bijlage I). Dit is van belang om bij een volgende test te kunnen bepalen of er sprake is van een verbetering (vermindering van vermoeidheid/pijn).

11.4. Veiligheid van fysieke testen

Voorafgaande aan elke training of test mogen er geen klachten, blessures of ziektes zijn waardoor inspanning mogelijk onveilig is. Het is belangrijk deze testen pas te doen nadat de BNAH zeker is van de veiligheid. Bij twijfels dienen fysieke testen te worden uitgesteld en moet er overleg zijn met een (beweeg) zorgprofessional.

Naast de meer algemene testen ter bepaling van het uithoudingsvermogen, kunnen er meer specifieke testen, bijvoorbeeld ter bepaling van kracht en of lenigheid, worden uitgevoerd.

Mensen kunnen op grond van klachten en/of ziekteverschijnselen (tijdelijk) van trainingen worden uitgesloten. Zie ook onder meldingsplicht bij klachten en ziekteverschijnselen.

11.5. Monitoren van activiteiten: logboek

Een logboek (zie voorbeeld in bijlage J) is uitermate geschikt om de planning en uitvoering van sportieve activiteiten en trainingen te registreren. Op grond van de evaluatie van de training dient het trainingsschema bijgestuurd en aangepast te worden, zodat er een optimaal trainingsresultaat kan ontstaan.

De fitnessondernemer mag zelf bepalen in welke frequentie hij evaluatiemomenten inplant, maar in ieder geval na twaalf maanden. Dit gesprek dient als nieuwe startpunt voor een volgende trainingsperiode. De duur en inhoud van het beweegprogramma wordt bepaald in samenspraak met de deelnemer.



12 HOOFDSTUK

**OPSTELLEN EN COÖRDINEREN VAN
HET BEWEEGPROGRAMMA**



OPSTELLEN EN COÖRDINEREN VAN HET BEWEEGPROGRAMMA

12.1. Overzicht over gegevens

Alle gegevens uit het vraaggesprek, vragenlijsten en fysieke testen moeten worden gecontroleerd op compleetheid en in onderlinge samenhang worden geïnterpreteerd.

Uit deze informatie zijn de volgende zaken duidelijk bij de BNAH:

1. De reden van komst en de concrete doelstellingen van de deelnemer.
2. De huidige en gewenste gezondheid en conditie.
3. De beperkingen op gebied van spraak, prikkelverwerking, informatieverwerking.
4. De fysieke beperkingen op gebied van motoriek en conditie.
5. Huidige en gewenste sport- en beweegactiviteiten.
6. Bij voorkeur, indien geen bezwaar bij de deelnemer, gegevens over de huidige maatschappelijke status (thuissituatie, werksituatie).

Met behulp van deze gegevens zal de BNAH:

- kunnen beoordelen of contact met een (beweeg)zorgprofessional wenselijk of zelfs noodzakelijk is;
- de mate van zelfstandigheid van de deelnemer kunnen bepalen;
- een complicatiematrix met aandachtspunten (zie 2.9) begeleidingsprofiel (zie 4.3) en een jaarplan (zie 4.4) met doelstellingen kunnen opstellen.

Met het jaarplan zijn de kaders beschreven, waarbinnen de BNAH samen met de deelnemer de bewegprogramma's kan maken, evalueren en bijsturen.

12.2. Communicatie met (beweeg)zorgprofessional

Na de intakeprocedure moet de BNAH zich met name afvragen of er voldoende bekend is over de gezondheid. Als er de BNAH en/of de deelnemer hierover twijfels zijn, is het van belang via een korte lijn contact te hebben met een (beweeg)zorgprofessional die bekend is met de deelnemer.

Multidisciplinaire begeleiding

Bij deelnemers met meer ernstige cognitieve, lichamelijke en/of psychische/gedragmatige beperkingen kan worden gekozen voor een multidisciplinaire benadering in begeleidingsprofiel 3 (zie 4.3)

12.3. Zelfstandigheid en begeleidingsprofielen

Begeleidingsprofiel 1: standaard begeleiding

Voor mensen met NAH die geen vitale risico's hebben en geen of beperkte metabole/lichamelijke en/of cognitieve/psychische/gedragmatige problemen. Voor hen kunnen doelstellingen en planningen worden gemaakt met een 'standaardbegeleiding'.

Begeleidingsprofiel 2: extra begeleiding door BNAH of extra begeleiding door buddie of peer

Voor mensen met NAH die geen vitale risico's maar wel lichte lichamelijke/metabole en/of cognitieve/psychische/gedragmatige problemen hebben. Die problemen maken extra begeleiding tijdens het trainen noodzakelijk. Dit kan tijdelijk of blijvend zijn. Tijdelijke extra begeleiding kan worden gegeven door de BNAH. Blijvende extra begeleiding kan ook worden gegeven door een buddy of een peer.

Een buddy is een persoon (kennis of familielid van de deelnemer) die de deelnemer zelf kan aandragen. Een peer is een oud-deelnemer met hersenletsel die ervaring heeft op het gebied van bewegen en sporten binnen het FPC en daarom als begeleider van de nieuwe deelnemer kan worden ingezet. Het FPC kan overwegen een buddy of peer te belonen met een gereduceerd tarief op het gebruik van faciliteiten van het FPC.

Begeleidingsprofiel 3: multidisciplinaire begeleiding met een (beweeg)zorgprofessional

Dit is voor mensen met NAH die geen vitale risico's hebben maar wel een metabole/lichamelijke en/of cognitieve/psychische/gedragmatige beperking, waarvoor het beweeg- en trainingsproces geëvalueerd moet worden in samenspraak met een zorgprofessional of beweegzorgprofessional.

Het FPC is vrij om nadere invulling te geven aan de duur, het aantal en de planning van de evaluatie-en overlegmomenten met de deelnemer of de (beweeg) zorgprofessionals. Het achterliggende doel is een zo grote mogelijke zelfstandigheid in activiteiten van de deelnemer in aansluiting met zijn wensen en zijn fysieke/mentale mogelijkheden.

Theoretisch zijn er binnen het FPC nog twee andere begeleidingsprofielen mogelijk: het begeleidingsprofiel 0 en het begeleidingsprofiel 4.

Begeleidingsprofiel 0: zelfstandig gebruik van faciliteiten op FPC; geen begeleiding door BNAH

Dit is het profiel waarbij een deelnemer met een chronische ziekte een normaal lidmaatschap van het FPC heeft en zich niet met betrekking tot begeleiding in het geheel niet meer onderscheid van een deelnemer zonder chronische ziekte.

Begeleidingsprofiel 4: begeleiding door fysiotherapeut met gebruik van faciliteiten op FPC

Dit is het (theoretische) begeleidingsprofiel waarbij wel gebruik gemaakt kan worden van alle beweeg- en trainingsfaciliteiten van het FPC, maar waarbij het beweegprogramma wordt begeleid door een fysiotherapeut.

Het uiteindelijk doel van FPC en deelnemer moet zijn om desnoods via 'hogere' begeleidingsprofielen (van 4 naar 3 en 2) naar lagere begeleidingsprofielen af te zakken (begeleidingsprofiel 0 of 1) omdat hiermee de grootste zelfstandigheid van de deelnemer wordt bereikt tegen de laagste kosten.

12.4. Lange termijnplan: het beweegprogramma

Het is van belang dat deelnemer en BNAH het samen eens zijn over de doelstellingen op langere termijn en de wijze waarop deze bereikt zullen worden. We spreken van een beweegprogramma als deze doelstellingen en de hieraan gekoppelde planning worden genoteerd. De minimale duur van een lange termijnplan is drie maanden. Meestal gaat het echter om een periode van twaalf maanden: het jaarplan.

In bijlage L is met een voorbeeld inzichtelijk gemaakt hoe een jaarplan eruit kan zien. Het geeft de BNAH en de deelnemer een duidelijk beeld van een langdurig begeleidingstraject. Ook geeft het jaarplan de fitnessondernemer een overzicht over te leveren diensten en is er een kostprijs aan te koppelen.

12.5. Korte termijnplan: het trainingsprogramma

Uitgaande van het jaarplan kunnen concrete korte termijn (dagen of weken) doelstellingen en planningen worden bepaald. Dit is het trainingsprogramma. Een trainingsprogramma schrijft tijdstip en tijdsduur van verschillende bewegingsvormen voor. Zeker als er specifieke doelstellingen zijn is het wenselijk ook de intensiteit van de beweegvormen en de rustperiodes vooraf te plannen.

De invulling van het trainingsprogramma wordt door BNAH bepaald in samenspraak met de deelnemer, op basis van aanwezige faciliteiten en exploitatiemogelijkheden van de fitnessondernemer. Het trainingsprogramma kan bestaan uit individuele trainingen of trainingen in groepsverband, zowel binnen als buiten de muren van het fitnesscentrum.

Bij deelnemers met NAH is het met plezier sporten en bewegen in een niet-medische omgeving het hoofddoel. Daarnaast is het van belang dat alle facetten van de ACSM beweegnorm (NNGB, Fitnorm, en Spiernorm) aan bod komen.

Bij het opstellen van een trainingsprogramma voor de deelnemer met NAH zijn de volgende zaken van belang:

- De activiteiten die worden opgenomen in het beweegprogramma moet de deelnemer leuk vinden;
- Er moet zoveel mogelijk rekening gehouden worden met een over de dag sterk wisselende belastbaarheid, trainingen aan het eind van een drukke dag

zullen minder goed verdragen worden. In het algemeen zullen trainingen in de ochtend het best bevallen.

- De activiteiten moeten passen bij de levensstijl van de deelnemer;
- Het wordt aanbevolen om meerdere (korte) trainingssessies per dag te doen in plaats van één lange;
- Het programma moet op een lage activiteit starten (40% van de VO2max) en geleidelijk opgebouwd worden qua duur en intensiteit.
- Bij elke beweegvorm geldt het volgende trainingsprincipe: de trainingsprikkel mag best intensief zijn, maar nooit voortduren tot uitputting. Als controle zullen de trainingen daarom moeten worden gemonitord.
- De intensievere inspanningen kunnen het beste binnen het FPC aangeboden worden omdat hier begeleiding beschikbaar is. Minder intensieve en meer langdurige bewegingsvormen kunnen ook prima buiten de muren van het FPC plaats vinden.

Omdat mensen met NAH een verhoogd gezondheidsrisico kunnen hebben en minder belastbaar kunnen zijn, dient aandacht besteed te worden aan de veiligheid.

12.6. Evaluatie en voortgang

Voor zowel deelnemer als de BNAH is het belangrijk dat de sportieve activiteiten en trainingen worden geëvalueerd. Bekeken moet worden of de resultaten in overeenstemming zijn met de gewenste resultaten en of ze in overeenstemming zijn met de doelen die gesteld zijn op de langere termijn.

Deze gegevens kunnen worden genoteerd in een logboek (zie 3.5 en bijlage J).



13 HOOFDSTUK

***BEGELEIDEN EN COACHEN TIJDENS
HET BEWEEGPROGRAMMA***



BEGELEIDEN EN COACHEN TIJDENS HET BEWEEGPROGRAMMA

13.1. Veiligheid

De BNAH moet kunnen omgaan met noodgevallen, blessures en klachten van de deelnemer.

Daarnaast zijn de volgende zaken van belang:

Meldingsplicht bij klachten en symptomen

Tijdens de intakeprocedure is de BNAH er verantwoordelijk voor om gezondheidsrisico's en gezondheidsschade te voorkomen. Nadat het onderwerp besproken is, dient dit in de vorm van een overeenkomst (zie bijlage K) voor kennisneming door beide partijen ondertekend te worden. Deze overeenkomst voorziet in een blijvende meldingsplicht door de BNAH én door de deelnemer en hier hoort regelmatig weer naar gerefereerd te worden door de BNAH.

Criteria voor het (tijdelijk) onderbreken van het trainingsprogramma

De eerste (koorts) is een absoluut exclusie criterium die altijd van kracht is. De tweede tot en met de zesde zijn relatieve exclusiecriteria die door een arts, die op de hoogte is van deze onverklaarde klachten of ziekenhuisopname, terzijde geschoven kan worden.

1. Koorts gehad in de voorliggende twee weken?
2. Onverklaarde klachten van pijn op de borst.
3. Onverklaarde klachten van benauwdheid.
4. Onverklaarde klachten van duizeligheid of flauwvallen.
5. Onverklaarde klachten van hartkloppingen.
6. Een recente opname (< 6 weken) in een ziekenhuis, waarbij de behandelend specialist geen expliciete duidelijkheid heeft gegeven dat er lichamelijk ingespannen mag worden.

Blessurepreventie

Het trainingsprogramma moet rekening houden met de regels met betrekking tot blessurepreventie (warming-up, cool down, geleidelijke opbouw van training, rekening houden met een eventueel vertraagd herstel, gebruik van beschermende materialen, herkennen van een onveilige sportomgeving etc.)

Omgaan met calamiteiten

Binnen een [Basis Keuring](http://keurmerkfitness.nl/keurmerken/keurmerk-fitness-basis/)¹, waar elk NL Actief (Preventie)centrum aan moeten voldoen, wordt door 'Keurmerk Fitness' gecontroleerd of er medewerkers aanwezig zijn die reanimatievaardig zijn, en/of kunnen omgaan met AED/defibrillator?

¹ <http://keurmerkfitness.nl/keurmerken/keurmerk-fitness-basis/>

13.2. Effectiviteit en tevredenheid

De effectiviteit van een trainingsprogramma wordt afgemeten aan het behalen van individuele doelstellingen en deeldoelstellingen. Het behalen van de individuele doelstellingen is met name ook van belang voor de intrinsieke motivatie, het zelfvertrouwen en de zelfstandigheid van de deelnemer. Dit wordt bereikt als het trainingsprogramma voldoende uitdaging biedt en niet teveel belemmeringen oproept. Daarnaast moet tijdens het gehele proces uiteraard een goede afstemming zijn van sportieve en mentale belasting en belastbaarheid.

13.3. Instructies en coaching

Het geven van instructies is een belangrijke taak van de beweegprofessional. Instructies maken duidelijk wat, wanneer en hoe iemand iets moet doen. Bij het geven van instructies door de beweegprofessional moet gecontroleerd worden of deze juist worden begrepen en juist worden opgevolgd. Navragen en observeren zijn dus belangrijk. Met het goed laten overkomen van instructies kunnen buddy's/peers en duidelijke instructiekaarten worden ingezet. Het coachen van een deelnemer gaat een stap verder. Zie hiervoor het kennisdossier paragraaf 8.2.

13.4. Specifieke aandachtspunten van deelnemers bij begeleiding

Zie verder in het kennisdossier paragrafen 4.4 en 8.1.

13.5. Betrekken van buddy's en peers

Veel van de individuele aandachtspunten kunnen worden afgevangen door het mogelijk te maken, dat mensen met NAH samen kunnen trainen met een buddy of een peer. De buddy of peer kan de deelnemer fysiek en mentaal bijstaan en bijvoorbeeld helpen met het verduidelijken of herhalen van instructies.

Een buddy is een kennis of familielid, die de deelnemer met NAH goed kent en door FPC in de gelegenheid wordt gesteld om de deelnemer met NAH bij te staan.

Een peer is een oude deelnemer met NAH, die op grond van zijn ervaring de nieuwe deelnemer eveneens kan bijstaan. Ook de peer kan hiervoor door het FPC in de gelegenheid worden gesteld.



BIJLAGE



BIJLAGEN

- A. PAR-Q vragenlijst
- B. De Specific Activity Scale
- C. Patiënt Specifieke Klachtenlijst
- D. De beweegvorm- en beweegvoorkeur analyse
- E. De doelen en motievenanalyse
- F. 6 Minuten Wandeltest (6MWT)
- G. Åstrand fietsergometertest
- H. BORG-schaal
- I. Visueel Analoge Schaal (VAS)
- J. Voorbeeld logboek
- K. Meldingsplicht klachten en symptomen
- L. Voorbeeld jaarplanning

BIJLAGE A

Physical Activity Readiness Questionnaire (PARQ)

De originele PAR-Q (bijlage A) is een Engelstalige vragenlijst die is ontwikkeld door de ACSM (American College of Sports Medicine). Omdat deze vragenlijst in Noord-Amerika validiteit bezit, heeft de expertgroep besloten deze vragenlijst in het Nederlands te vertalen en verder in een zo origineel mogelijke staat te gebruiken.

Het is een vragenlijst die met een eenvoudige instructie binnen vijf minuten is in te vullen door een potentiële deelnemer. Hij kan in principe door iedere willekeurige medewerker worden afgenomen (sales of receptie) of digitaal worden ingevuld.

Doel

Het doel is om te beoordelen of er veilig gestart kan worden met fitnesssen of dat eerst het oordeel van een medisch of eventueel paramedisch persoon noodzakelijk is. Het gebruik van deze lijst heeft diverse voordelen:

- De deelnemer wordt gedwongen stil te staan bij zijn huidige gezondheid;
- Het risico op gezondheidsschade wordt sterk gereduceerd;
- Medicus en paramedicus worden betrokken in het proces.

Werkwijze

Het invullen van de lijst spreekt voor zich. De eerste 7 vragen dienen met een ja of nee beantwoord te worden. De laatste 2 vragen dienen ingevuld te worden indien er op 1 of meer van de eerste 7 vragen met een ja is geantwoord.

Vervolgacties bij vragen 8 en 9:

- Bij NEE op vraag 8, naar huisarts doorverwijzen (in kennis stellen van de huisarts van het voornemen om te starten met sporten)
- Bij JA op vraag 9, welke?

Aandachtspunten

Belangrijk! De PAR-Q is niet geschikt om eventuele medische blessures en aandoeningen nader te analyseren. Een nadere analyse hiervan dient te geschieden door een (para)medicus in zoverre dit een medische analyse betreft (diagnostiek en gezondheidsrisico's).

De PAR-Q:

Naam deelnemer: _____

Het regelmatig uitvoeren van fysiek activiteiten is leuk en gezond. Steeds meer mensen worden actief. Meer actief worden is voor de meeste mensen erg veilig. Hoewel, sommige mensen wordt geadviseerd eerst hun (huis)arts te consulteren voordat zij actiever gaan worden.

Indien u overweegt om veel actiever te worden dan u nu bent, beantwoord dan de zeven vragen hieronder. Indien u in de leeftijd bent tussen 15 en 69 jaar, geeft de PAR-Q aan wanneer u uw arts voor aanvang moet consulteren. Indien u ouder bent dan 69 jaar en u niet lichamelijk actief bent, raadpleeg dan uw arts voordat u actiever gaat worden.

Gebruik uw gezond verstand voor het beantwoorden van deze vragen. Lees de vragen eerst aandachtig door, beantwoord daarna elke vraag eerlijk met JA of Nee.

Veilig bewegen analyse	Ja	Nee
1. Heeft u in de afgelopen maand pijn op de borst gehad, zonder dat u een fysieke activiteit deed?		
2. Voelt u pijn op de borst (van een drukkend karakter) tijdens fysieke activiteiten?		
3. Is er ooit door een arts geconstateerd dat u last heeft van hart- en vaatziekten en dat u alleen lichamelijke activiteit op advies van een arts moet uitvoeren?		
4. Verliest u uw balans wel eens als gevolg van duizeligheid of verliest u het bewustzijn wel eens?		
5. Heeft u bot-, gewrichts- of rug aandoeningen zoals artrose, artritis of reuma die verergeren door inspanning?		
6. Gebruikt u momenteel medicijnen in verband met uw bloeddruk of voor uw hart?		
7. Is er een andere medische of fysieke reden of belemmeringen waardoor u niet mee zou kunnen deelnemen of uw huisarts toestemming zou moeten geven om deel te nemen aan een activiteitenprogramma?		

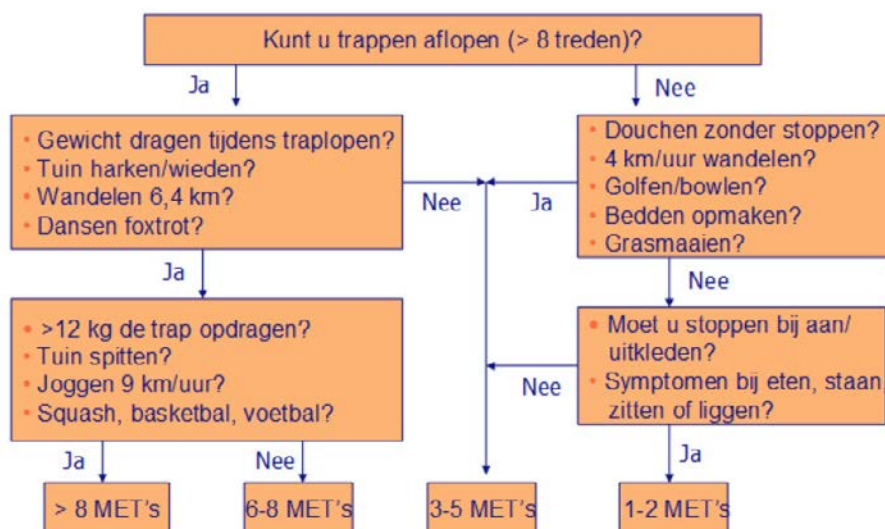
Bij antwoord JA op een van de hierboven gestelde vragen:		
8. Is uw huisarts of behandelend arts (bv. revalidatiearts) bekend met deze situatie en stemt deze hiermee in dat u gaat sporten?		
9. Heeft uw huisarts of behandelend arts (bv. revalidatiearts) belemmeringen of beperkingen opgelegd ten aanzien van sporten?		
Ondernomen actie n.a.v. Par-Q		

Ik heb de gezondheid analyse naar waarheid ingevuld en ben op de hoogte dat deelname aan sport-activiteiten en het gebruik maken van apparatuur binnen het sportcentrum geheel op eigen risico is.

_____ Handtekening deelnemer

BIJLAGE B

Specific Activity Scale (SAS)



BIJLAGE C

Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK)

Interpretatie

De deelnemer selecteert zelf activiteiten welke gebruikt worden voor de evaluatie. Per activiteit wordt een tien centimeter visuele analoge schaal (VAS) ingevuld. Aan de deelnemer wordt gevraagd aan te geven hoeveel moeite het kost de genoemde activiteiten uit te voeren door een streepje te zetten op de lijn. Het linker uiteinde van de schaal is gedefinieerd als 'geen enkele moeite' en het rechter uiteinde betekent 'onmogelijk'.

De totaalscore is de afstand in mm vanaf 0 tot aan het streepje van alle drie de activiteiten samen.

Bij vervolgmetingen heeft de deelnemer inzicht in zijn vorige scores en het verloop van resultaten.

Naam:

Geb. datum:

Datum:

Uw lichamelijke klachten hebben invloed op activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. Voor iedereen zijn de gevolgen van lichamelijke verschillend. Ieder persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen die u veel moeite kosten om uit te voeren vanwege uw klachten. Probeer de problemen te herkennen waar u de afgelopen week door uw klachten last van had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u die problemen aan te kruisen die **U HEEL BELANGRIJK VINDT** en die U het liefste zou **ZIEN VERANDEREN** in de **KOMENDE MAANDEN**.

Activiteiten en bewegingen waarbij u last kunt hebben van uw pijnklachten:

- | | |
|---|--|
| ☐ in bed liggen | ☐ omdraaien in bed |
| ☐ opstaan uit bed | ☐ opstaan uit een stoel |
| ☐ gaan zitten op een stoel | ☐ lang achtereen zitten |
| ☐ in/uit de auto stappen | ☐ rijden in een auto of bus |
| ☐ fietsen | ☐ staan |
| ☐ lang achtereen staan | ☐ licht werk in en om het huis |
| ☐ zwaar werk in en om het huis | ☐ in huis lopen |
| ☐ wandelen | ☐ hardlopen |
| ☐ het dragen van een voorwerp | ☐ iets oprapen van de grond |
| ☐ tillen | ☐ op bezoek gaan bij familie, vrienden of kennissen |
| ☐ uitgaan | ☐ seksuele activiteiten |
| ☐ uitvoeren van werk | ☐ uitvoeren van hobby's |
| ☐ uitvoeren van huishoudelijk werk | ☐ sporten |
| ☐ op reis gaan | ☐ andere activiteiten..... |

Voorbeeld hoe in te vullen

Probleem: *Wandelen*

geen enkele moeite _____ **onmogelijk**

Plaatst u het streepje links, dan kost wandelen u weinig moeite

Plaatst u het streepje rechts, dan kost wandelen u veel moeite

Probleem 1

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite _____ onmogelijk

Probleem 2

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite _____ onmogelijk

Probleem 3

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite _____ onmogelijk

BIJLAGE D

Beweegvorm- en beweegvoorkeuren analyse

De beweeganalyse is bedoeld om een idee te krijgen over het huidige bewegingspatroon. En daarnaast aan welke beweegvormen de klant het meeste plezier beleeft. Dit is belangrijk in verband met de motivatie.

Een dergelijk analyse heeft twee voordelen:

1. Er kan bepaald worden of mensen voldoen aan algemeen opgestelde normen, zoals NNGZ, Fitnormen/of spiernorm. Toetsen aan een algemene norm geeft een houvast voor wat in consensus gezien wordt als voldoende en onvoldoende lichaamsbeweging. Een mogelijk nadeel van het vergelijken van iemands beweegnorm met een algemeen opgestelde norm is dat dit in slechte gevallen kan leiden tot het verheffen van de algemene norm boven de individuele wensen en mogelijkheden.
2. De analyse kan dienen als nulmeting en vergeleken worden met een weekoverzicht in de toekomst, zo kan worden beoordeeld of het beweegpatroon is verbeterd. Zo'n vergelijking heeft als voordeel dat een eventuele verbetering zowel objectief als individueel (subjectief) is.

Werkwijze

Een beweegvorm- en beweegvoorkeur-analyse heeft de volgende (verplichte) elementen of vragen:

- Brengt het huidige beweegpatroon van de deelnemer in kaart waarin de volgende aspecten meegenomen dienen te worden; NNGB, Fitnorm, Spiernorm;
- Analyseert de beweegvoorkeuren van de deelnemer;
- Analyseert de begeleidingsbehoefte van de deelnemer.

Door wie wordt een beweeg- en beweegvoorkeur analyse afgenomen?

Een beweegvorm- en beweegvoorkeur-analyse wordt afgenomen door een BNAH bij mensen die willen sporten voor de gezondheid. Eventueel is het mogelijk deze analyse te laten uitvoeren door een fitnessinstructeur niveau 3, mits deze onder supervisie of verantwoordelijkheid valt van een beweegprofessional.

Aandachtspunten

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen laag-intensieve bewegingsvormen, intensieve bewegingsvormen en krachttraining. Bij een laag intensieve beweegvorm kan men denken aan wandelen en rustig fietsen. Een intensieve beweegvorm heeft als doel om uithoudingsvermogen te verbeteren of op niveau te houden. Een krachttraining is bedoeld om algehele en specifieke kracht te verbeteren of op niveau te houden.

Naam deelnemer: _____

Voorbeelden van **NNGB (Nederlandse Norm Gezond Bewegen)**: Wandelen, Fiet-
sen, Tuinieren, Tennis dubbelspel, Dansen.

Voorbeelden van de Fitnorm: Joggen, Hardlopen, Wielrennen, Aerobics, Baantjes
zwemmen, Tennis enkelspel.

Voorbeelden van de Spiernorm: fitness, body pump, krachttraining.

Vul per dag het aantal minuten per activiteit in en neem hierbij het gemiddelde van de
afgelopen 3 weken.

Beweegbalans (Schijf van 3 analyse)

	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo	Week totaal
NNGB								
Fitnorm								
Spiernorm								
Totaal per dag								

Beweeg voorkeur analyse

Ja/nee of toelichting

Groepsbegeleiding
Individuele begeleiding
Bewegen op muziek
Kracht of conditioneel
Indoor of outdoor (indien van toepassing)

Aangevuld door concrete invulling vanuit de aanbieder

Begeleidingsbehoefte

Wat verwacht u van ons als
centrum of begeleiding om
uw doelstelling te behalen?

BIJLAGE E

Doelen- en motieven analyse

Het doel of doelstelling van de (beginnende) fitness-er is het gewenste resultaat: datgene waar de inspanningen voor gedaan worden. De motieven kunnen worden gezien als het belang wat aan deze doelen wordt gehecht en de intrinsieke motivatie die wordt ervaren om deze doelen te bereiken.

Werkwijze

Een doelen- en motievenanalyse heeft de volgende (verplichte) elementen of vragen:

- Brengt de doelstelling van de deelnemer in kaart;
- Brengt in kaart wat de motivatie is om dit doel te bereiken en wat men denkt hiervoor te moeten doen;
- Stelt vragen over wat men al heeft gedaan in het verleden om dit doel te bereiken;
- Maakt de doelstellingen concreet en meetbaar;
- Vraagt of er nog subdoelstellingen zijn.

Door wie wordt een doelen en motievenanalyse afgenomen?

Een doelen en motievenanalyse wordt afgenomen door een beweegprofessional met minimaal niveau 4+ bij mensen die willen sporten voor de gezondheid. Eventueel is het mogelijk deze analyse te laten uitvoeren door een fitnessinstructeur niveau 3, mits deze onder supervisie of verantwoordelijkheid valt van een beweegprofessional.

Aandachtspunten

De analyse van doelen en motieven tijdens het intakegesprek is een kunst op zich, waarbij gericht vragen en goed luisteren naar het 'gezegde' en het 'on gezegde' belangrijk is. Van belang is om zo open mogelijk te informeren naar allerlei algemene doelen en deze te laten uitspreken. Daarnaast is het belangrijk om door samenspraak van klant en beweegprofessional een concrete, realistische en toetsbare doelstelling geformuleerd kan worden. Het liefst moet deze concrete doelstelling in termen van gewicht, conditie of hoeveelheid lichaamsbeweging worden vertaald.

Een beweegprofessional moet beseffen dat het stellen van doelen een belangrijk onderdeel is van gedragsverandering. Het bepaalt sterk of iemand lid blijft of niet.

Een juist gekozen doelstelling werkt sterk motiverend en leidt meestal naar het gewenste resultaat. Een slecht gekozen doelstelling leidt vrijwel altijd tot teleurstelling. Een te slappe doelstelling geeft niet de gewenste gezondheidsresultaten en werkt demotiverend. Bij te scherpe doelstellingen bestaat het risico dat er teveel op wilskracht gewerkt wordt, dat kan een bron van stress en vermoeidheid zijn.

Bij het opstellen van de uiteindelijke doelstelling moet ook rekening gehouden te worden met de persoonlijke aard van de klant. Sommigen hebben weinig vertrouwen in hun eigen lichaam en hebben nooit zoveel aan sport gedaan en er ook nooit veel plezier of voldoening aan beleefd. Zij moeten leren dat ze daadwerkelijk trainingseffect

ervaren als de doelstelling ietsje scherper wordt gesteld dan ze vanuit zichzelf zouden doen. Bij mensen met een overmatig vertrouwen in eigen lijf en wilskracht is het wellicht raadzaam iets meer ruimte in de doelstelling in te bouwen.

Uiteindelijk is het belangrijk dat de klant en de beweegprofessional zich allebei kunnen vinden in de doelstelling. Dit geeft naar beiden namelijk duidelijkheid en vertrouwen en neemt de vrijblijvendheid ten aanzien van het doel weg.

Naam deelnemer: _____

Doelen algemeen

Wat is uw doelstelling? (fysieke aspecten of gezondheidsaspecten)	
---	--

Waarom

Waarom wilt u deze doelstelling bereiken, of voor wie?	
Wat denkt u hiervoor te moeten doen of te laten?	

Achtergrond

Wat heeft u mogelijk al gedaan om deze doelstelling te bereiken?	
Zijn er zaken die wij als begeleiding anders moeten doen dan bij vorige pogingen?	
Zijn er zaken die u anders had kunnen doen?	

Doelen concreet

Doelstelling specifiek - concretiseren	
Wanneer	
Belang op schaal van 0-10	
Druk uit op schaal van 0-10 hoeveel vertrouwen u heeft om deze doelstelling nu wel te halen en te behouden	

Subdoel concreet

Doelstelling specifiek - concretiseren	
Wanneer	
Belang op schaal van 0-10	
Druk uit op schaal van 0-10 hoeveel vertrouwen u heeft om deze doelstelling nu wel te halen en te behouden	

BIJLAGE F

6 Minuten Wandeltest (6MWT)

Doel

Het bepalen van het uithoudingsvermogen van mensen met ten minste een matige chronische beperking.

Achtergrond

Er zijn verschillende methoden waarmee objectief het uithoudingsvermogen geschat kan worden. Een aantal methoden kunnen alle systemen in het lichaam die betrokken zijn bij inspanning evalueren. Andere leveren meer basale informatie op maar zijn simpeler en makkelijker uit te voeren.

Objectieve metingen zijn meestal beter dan zelfrapportage. Balke heeft in 1960 een eenvoudige test ontwikkeld om het uithoudingsvermogen te beoordelen door een afstand te lopen binnen een vooraf bepaalde tijd (1). Vervolgens is de “12-minute field performance test” ontwikkeld om het uithoudingsvermogen van gezonde individuen te beoordelen (2).

De 12 minuten test bleek voor deelnemers met ademhalingsproblemen te vermoeiend. Om ook deze deelnemers te kunnen testen bleek een 6 minuten wandeltest (6MWT) voor deze doelgroep geschikt (3). Uit een review naar functionele wandeltests kwam naar voren dat de 6MWT eenvoudiger is af te nemen, beter werd getolereerd en een betere reflectie gaf van ADL activiteiten dan andere wandeltests (4).

De 6MWT is een praktische, simpele test waarbij een 30,4 meter lange hal de enige vereiste is. Wandelen is een activiteit die door iedereen dagelijks kan worden uitgevoerd, behalve door deelnemers met ernstige beperkingen. De 6MWT meet de afstand die een deelnemer snel kan lopen in 6 minuten op een vlakke, verharde ondergrond (EN: “6 Minute Walk Distance”, ofwel 6MWD). Bij de test zijn verschillende systemen in het lichaam betrokken, zoals de pulmonaire (longen) en cardiovasculaire (hart- en vaat) systemen, systemische circulatie (grote bloedsomloop), longcirculatie (kleine bloedsomloop), bloed, neuromusculaire (zenuwstelsel) systemen en het spiermetabolisme (stofwisseling in de spieren). De test geeft geen specifieke informatie over de functies van de verschillende organen en systemen die betrokken zijn bij de oefening of het mechanisme van die de oefening beperkt. De 6MWT, waarbij het tempo door de deelnemer zelf wordt bepaald, is een sub maximale inspanningstest. De meeste deelnemers bereiken niet hun maximale inspanningscapaciteit tijdens de 6MWT, deelnemers kiezen in plaats daarvan hun eigen intensiteit en hebben de mogelijkheid om tijdens de test te stoppen en/of te rusten. Omdat de meeste activiteiten uit het dagelijks leven (ADL activiteiten) worden uitgevoerd op een sub maximaal inspanningsniveau is de 6MWT een goede afspiegeling van het inspanningsniveau dat nodig is voor de uitvoering van ADL activiteiten.

Contra-indicaties

Absolute contra-indicaties (betekenis: er mag absoluut niet getest worden) voor de 6MWT omvatten een instabiele angina (pijn in de hartstreek die snel toeneemt) of een myocardinfarct (hartinfarct) in de voorgaande maand. Indien er sprake is van een stabiele angina (pijn in de hartstreek die er al langere tijd is en waarvoor de deelnemer gezien is door een arts), dan kan de 6MWT wel afgenomen worden mits ze hun anti-angina medicatie hebben genomen en ze specifieke medicatie meenemen voor het geval er tijdens de test hartproblemen ontstaan.

Relatieve contra-indicaties (betekenis: er moet kritisch gekeken worden of een test uitgevoerd kan worden) zijn een hartslag in rust van meer dan 120 slagen per minuut, een systolische bloeddruk (bovendruk) van meer dan 180 mmHg en een diastolische bloeddruk (onderdruk) van meer dan 100 mmHg. Deelnemers met een van deze bevindingen dienen te worden doorverwezen naar de huisarts. De huisarts dient te bepalen of de test mag worden uitgevoerd door de deelnemer en of er extra toezicht bij het uitvoeren van de test nodig is.

Onderbouwing

Deelnemers met eerdere genoemde risicofactoren (de relatieve contra-indicaties) kunnen een verhoogd risico hebben op hartritmestoornissen of flauwvallen tijdens het testen. De deelnemer bepaalt echter de intensiteit tijdens de test. Ter illustratie: de 6MWT (zonder specifieke monitoring (ECG) van het hart) is uitgevoerd bij duizenden ouderen (5,6-8) en duizenden deelnemers met hartklachten zonder ernstige bijwerkingen (9, 10, 11). De genoemde contra-indicaties werden gebruikt door de onderzoekers op basis van hun indrukken van de algemene veiligheid van de 6MWT en hun behoefte om voorzichtig te zijn. Het is echter onbekend of er bijwerkingen optreden wanneer deelnemers met de genoemde contra indicaties een 6MWT uitvoeren, daarom zijn deze aspecten beschreven als relatieve contra-indicaties.

Veiligheidsaspecten

1. De test dient te worden uitgevoerd op een locatie waar een snelle en passende reactie op een noodsituatie mogelijk is. De juiste locatie van EHBO middelen (telefoon, AED, brancard etc.) dient in overleg met een arts te worden vastgelegd.
2. BNAH dient gecertificeerd te zijn in reanimatie en moet een AED kunnen bedienen.
3. Artsen zijn niet verplicht aanwezig te zijn bij de test. Indien de deelnemer door een arts is doorverwezen dient de arts die de test heeft aanbevolen te beslissen of de aanwezigheid van een arts bij de test nodig is.

Redenen voor het onmiddellijk stoppen van de 6MWT zijn de volgende:

- Pijn op de borst;
- Ondraaglijke ademnood/kortademigheid;
- Beenkrampen;
- Wankelen;
- Extreem zweten;
- Bleek of grauw uiterlijk.

De Bewegingsdeskundige NAH is opgeleid om deze symptomen en normale symptomen bij inspanning te herkennen. Indien de test wordt gestopt door een van deze redenen dient de deelnemer indien nodig te zitten of liggen. Dit is afhankelijk van de ernst van de gebeurtenis, de beoordeling van de gebeurtenis door de Bewegingsdeskundige NAH en het risico op flauwvallen. Het oordeel van de Bewegingsdeskundige NAH vindt plaats op basis van de bloeddruk, hartslag, zuurstofverzadiging en (telefonische) consultatie van een arts.

Technische aspecten

Locatie

De 6MWT dient bij voorkeur binnen, langs een lange, vlakke, afgesloten gang met een hard oppervlak in een rustige omgeving te worden uitgevoerd. Als het weer aangenaam is kan de test ook buiten worden uitgevoerd. De wandelroute moet 30 m lang zijn. Een vereiste is daarom een gang van 30,5 meter (om te kunnen draaien). Om de 3 meter dient er een markering op de vloer te worden aangebracht. De keerpunten dienen te worden aangegeven met een kegel, zoals een oranje verkeerskegel. De startlijn geeft het begin en het einde van elke 60m ronde aan en dient op de vloer felgekleurd te worden aangegeven.

Onderbouwing

Een kortere gang vraagt meer tijd omdat de deelnemer vaker zal moeten keren, wat het resultaat van de 6MWT verminderd. De meeste onderzoeken hebben gebruik gemaakt van een 30 meter gang, maar sommige hebben een 20 of 50 meter lange gang gebruikt (11-14). Een recent onderzoek vond geen significant effect van de lengte van de rechte gangen, maar de deelnemers bleken verder te lopen op rechte stukken (14).

Het gebruik van een loopband om de 6MWD te bepalen bespaart ruimte en geeft de mogelijkheid voor constant toezicht tijdens de oefening. Het gebruik van een loopband voor de 6MWT wordt echter afgeraden. Deelnemers zijn niet in staat zelf het tempo te bepalen op een loopband. In een onderzoek bij deelnemers met ernstige longziekte was de gemiddelde afstand op een loopband gedurende 6 minuten (met de ingestelde snelheid door de deelnemers) korter met gemiddeld 14% in vergelijking met de standaard 6 MWD in een 30,5 meter gang (15). Resultaten die verkregen zijn op een loopband zijn niet vergelijkbaar met de gang-test.

Benodigde apparatuur

1. Stopwatch;
2. Ronde teller;
3. Twee kegels om de keerpunten te markeren;
4. Een stoel die gemakkelijk kan worden verplaatst langs de wandelroute;
5. Werkbladen op een klembord;
6. Bloeddrukmeter;
7. Telefoon;
8. Geautomatiseerde elektronische defibrillator (AED).

Vorbereiding deelnemer

1. Comfortabele kleding dragen.
2. Geschikte schoenen voor wandelen dragen.
3. Gebruik van orthesen zoals voet-enkel orthese wordt genoteerd om vergelijk bij herhaling van de test mogelijk te maken.
4. Deelnemer dient zijn gebruikelijke hulpmiddelen te gebruiken tijdens de test (stok, rollator etc.). Deze dient te worden genoteerd in het logboek.
5. Gebruikelijke medische behandeling van de deelnemer dient te worden voortgezet.
6. Een lichte maaltijd is aanvaardbaar voor testen in de vroege ochtend of vroege middag.
7. Deelnemer mag geen intensieve activiteiten hebben verricht in de twee uren voorafgaand aan de test.

Metingen

1. Het testmoment moet bij een hertest op ongeveer dezelfde tijd worden uitgevoerd.
2. Er hoeft geen warming-up voor de test te worden uitgevoerd.
3. De deelnemer dient tenminste tien minuten voor de start te rusten in een stoel die vlakbij het startpunt staat. Deze tijd wordt gebruikt om te controleren op contra-indicaties en de hartslag en bloeddruk te meten. Controleer of de kleding en schoenen van de deelnemer geschikt zijn voor de test. Vul het eerste gedeelte van het scoreformulier in, zie bijlage.
4. Het gebruik van een oxymeter om de fysiologische respons tijdens de test vast te leggen is optioneel. Indien hiervan gebruik wordt gemaakt, meet en registreert de BNAH de hartslag en het zuurstofgehalte (SpO₂) en volgt de instructies op van de fabrikant om het signaal te maximaliseren (15, 16). Zorg ervoor dat de waarden stabiel zijn voordat deze worden opgenomen. Houd er rekening mee dat de pols regelmatig is en of de signaalsterkte van de oxymeter aanvaardbaar is.

De reden voor het meten van de zuurstofverzadiging is het waarnemen van verbetering naarmate men een grotere afstand gelopen heeft of het waarnemen van een reductie van symptomen bij dezelfde gelopen afstand (17). De mate van zuurstofverzadiging van het bloed (SpO₂) dient niet te worden gebruikt voor het constant monitoren tijdens de oefening. De BNAH dient niet mee te lopen met de deelnemer om de SpO₂ te observeren. Indien de oxymeter wordt gedragen tijdens het lopen dient deze minder dan 2 kilo te wegen, op batterijen te werken en op zijn plaats gehouden te worden. Hierdoor hoeft de deelnemer deze niet vast te houden of te stabiliseren zodat het lopen niet wordt belemmerd. Veel oxymeters zijn moeilijk af te lezen tijdens het lopen (15).

5. Laat de deelnemer voorafgaand aan de test staan, beoordeel de algehele vermoeidheid met de BORG-schaal (tabel 2).

Tabel 2. De Borg-schaal

0	Niet vermoeiend
0.5	Zeer, zeer licht
1	Zeer licht
2	Licht
3	Tamelijk licht
4	Tamelijk zwaar
5	Zwaar
6	
7	Zeer zwaar
8	
9	
10	Zeer, zeer zwaar

Deze Borg-schaal dient te worden geprint op dik papier (27,9 cm hoog en misschien geplastificeerd) en in een 20-punts lettergrootte. Laat de schaal aan het begin van de 6MWT zien en vraag het volgende aan de deelnemer: "Geef met behulp van deze schaal uw niveau van vermoeidheid aan". Herinner de deelnemer aan het einde van de oefening aan het gekozen cijfer vóór de test en vraag opnieuw aan de deelnemer het niveau van vermoeidheid op dit moment aan te geven, nadat je de deelnemer aan het cijfer voor de test hebt herinnerd.

6. Stel de ronde teller in op 0 en de timer op 6 minuten. Verzamel alle benodigde apparatuur (ronde teller, timer, klembord, Borg-schaal, werkblad) en ga naar het startpunt.

7. Geef de deelnemer de volgende instructie:

"Bij deze test moet u proberen een zo groot mogelijke afstand af te leggen in zes minuten. U moet daarbij heen en weer lopen in deze gang. Zes minuten is een lange tijd om te lopen, dat vraagt dus een inspanning. Misschien raakt u buiten adem of raakt u uitgeput. U mag langzamer gaan lopen of stoppen en rusten indien dit nodig is. U mag ook even tegen de muur leunen, maar u moet weer gaan lopen zo snel als dit weer mogelijk is.

U gaat zo heen en weer wandelen en maakt een boogje buiten de kegels om. U dient stevig te draaien rond de kegel en zonder aarzeling door te gaan terug naar de andere kegel. Ik zal dit voordoen/ u laten zien. Let op de manier waarop ik draai bij de kegel zonder te aarzelen."

Laat een demonstratie zien door zelf een rond te lopen en stevig te draaien rond de kegel.

"Bent u klaar om dit te gaan doen? Ik ga deze teller gebruiken om het aantal rondes dat u gelopen hebt bij te houden. Iedere keer dat u deze startlijn passeert zal ik klikken. Denk er aan dat het de bedoeling is om ZO VER MOGELIJK te lopen in 6 minuten, maar niet te gaan joggen of rennen. Begin nu, of wanneer u er klaar voor bent."

8. Ga met de deelnemer op de startlijn staan. Blijf hier staan (niet meelopen). Druk

zodra de deelnemer start op de stopwatch.

9. Praat niet tegen anderen tijdens de test. Gebruik een neutrale stem en gebruik standaardzinnen voor aanmoediging. Houd de deelnemer goed in de gaten. Houd de aandacht er goed bij zodat je voorkomt dat je een ronde mist. Elke keer dat de deelnemer/deelnemer terugkeert naar de startlijn, klik je op de teller (of markeer dit op het werkblad). Laat met je lichaamstaal zien dat je dit doet, zoals het gebruik van een stopwatch bij een race.

Geef de volgende instructies tijdens de test:

Na 1 minuut:	"U gaat goed. Nog vijf minuten te gaan".
Na 2 minuten:	"Blijf zo doorgaan. Nog vier minuten te gaan".
Na 3 minuten:	"U gaat goed. U bent al halverwege de test".
Na 4 minuten:	"Blijf zo doorgaan. Nog maar twee minuten te gaan".
Na 5 minuten:	"U gaat goed. Nog één minuut te gaan".
Na 5:45 minuten:	"Over enkele seconden zeg ik dat u mag stoppen. Wanneer ik dat roep, stopt u waar u op dat moment bent en ik kom naar u toe".
Na 6 minuten:	Roep "STOP". Loop naar de deelnemer toe en markeer het punt waar hij is gestopt en meet dit op. Indien de deelnemer er erg vermoeid uit ziet kun je de stoel bij de deelnemer neerzetten.

Als de deelnemer stopt met lopen tijdens de test en moet rusten, zeg dan dit: "U kunt tegen de muur leunen als u dat wilt en als u weer kunt gaat u verder met lopen". Stop hierbij de stopwatch niet. Als de deelnemer echt niet meer verder kan of mag (zie veiligheidsaspecten) zet dan de stoel neer bij de deelnemer. Noteer op het formulier de afstand en de tijd die gelopen is en de reden van het voortijdig stoppen.

10. Na de test: Noteer de Borgscore voor vermoeidheid. Stel de vraag: "Is er iets dat u heeft weerhouden van het lopen van een langere afstand?"
11. Indien een oxymeter wordt gebruikt, meet het zuurstofgehalte.
12. Noteer het aantal gelopen ronden.
13. Noteer de totale gelopen afstand op het onderstaande formulier.
14. Spreek je waardering uit voor de inspanning die de deelnemer geleverd heeft en biedt een glas water aan.

Borging van de kwaliteit

Oorzaken van variabiliteit

Er zijn diverse factoren die invloed hebben op de gelopen afstand. Deze staan beschreven in tabel 3.

Tabel 3. Factoren die de gelopen afstand op de 6MWT verhogen of verminderen

Factoren die de loopafstand verminderen
Kleine lichaamslengte
Ouderdom
Een hoog lichaamsgewicht
Vrouwelijk geslacht
Verminderde cognitie
Een korte gang die gelopen dient te worden (vaker omkeren)
Longziekten
Hart- en vaatziekten
Aandoeningen aan het bewegingsapparaat
Factoren die de loopafstand verhogen
Lange lichaamslengte
Mannelijk geslacht
Een hoge motivatie
Een deelnemer die de test eerder heeft uitgevoerd
Het nemen van medicatie vlak voor de test

De oorzaken die betrekking hebben op de testprocedure zelf dienen zoveel mogelijk te worden beperkt. Belangrijk is de om de normen die beschreven staan in deze handleiding te hanteren.

Het oefenen van de test

In de meeste gevallen is het oefenen van de test niet nodig, maar het dient wel te worden overwogen. Bijvoorbeeld als voor de deelnemer niet duidelijk is wat van hem/haar gevraagd wordt. Indien de test wordt geoefend dient er tenminste 1 uur tussen te zitten voordat de tweede test wordt uitgevoerd. Neem de langst gelopen 6MWD als de uitgangswaarde van de deelnemer.

Onderbouwing

Wanneer de 6MWT de dag erna opnieuw wordt uitgevoerd is de 6MWD slechts iets hoger. De gemiddelde toename blijkt te variëren van 0 tot 17% (13, 18-22, 27).

De prestaties (zonder interventie) bereiken meestal een bovengrens wanneer twee tests worden uitgevoerd binnen een week (3,23). Het trainingseffect kan worden veroorzaakt door een betere coördinatie, het vinden van de optimale staplengte en het overwinnen van angst. Het is nog niet onderzocht of gerapporteerd of er sprake is van een trainings- of oefeneffect wanneer de test na een maand wordt herhaald. Echter, het is waarschijnlijk dat het effect van de training verdwijnt na een paar weken.

Training en ervaring van de Bewegingsdeskundige Overgewicht en Obesitas

De personen die de test afnemen dienen te worden getraind volgens het standaard protocol en dienen begeleid te worden voordat zij de test alleen mogen uitvoeren. Ook dient de BNAH een reanimatiecursus te hebben afgerond.

Onderbouwing

Het is bekend dat er een verschil ontstaat in de gelopen afstand als de Bewegingsdeskundigen NAH niet getraind zijn in het volgen van het protocol (5).

Aanmoediging

Tijdens de test mogen alleen de gestandaardiseerde zinnen voor aanmoediging worden gebruikt.

Onderbouwing

Aanmoediging verhoogt de gelopen afstand (24). De reproduceerbaarheid van de testen met of zonder aanmoediging is vergelijkbaar. Een aantal onderzoeken hebben aanmoediging gebruikt om de 30 seconden, elke minuut of om elke twee minuten. Voor deze test is gekozen voor elke minuut en het gebruik van standaardzinnen. Andere studies hebben deelnemers de instructie gegeven om zo snel mogelijk te lopen (12). Alhoewel zij daardoor een hoger gemiddelde 6MWD hadden, wordt geadviseerd om zulke instructies niet te gebruiken. Deze instructies leggen de nadruk op de beginsnelheid, wat kan resulteren in eerdere vermoeidheid en eventueel overmatige inspanning van het hart bij deelnemers met een hartziekte.

Medicatie

De soort en dosis medicatie en het aantal uur voordat de medicatie is opgenomen, dient te worden genoteerd. Hiervoor kan de vragenlijst in de bijlage worden gebruikt.

Interpretatie van de resultaten

De meeste 6MWT's zullen uitgevoerd worden voor en na een interventie om te onderzoeken of de deelnemer een klinische verbetering heeft doorgemaakt. De reproduceerbaarheid van de test is uitstekend wanneer de deelnemer door dezelfde BNAH is getest na het uitvoeren van een of twee oefentesten (25). Het is niet bekend of een verandering in de 6MWD voor klinische doeleinden het best uitgedrukt dient te worden in een absolute waarde, een procentuele verandering of een verandering in het percentage van de voorspelde waarde. Totdat er vervolgonderzoek beschikbaar is, wordt aanbevolen de verandering in 6MWD uit te drukken in een absolute waarde. Bijvoorbeeld: de deelnemer liep 50 meter verder.

Conclusie

De 6MWT is een bruikbaar meetinstrument om het uithoudingsvermogen te bepalen van mensen met ten minste een matige chronische beperking. De test is op grote schaal gebruikt voor preoperatieve en postoperatieve evaluaties en voor het meten van het effect van therapeutische interventies voor long- en hartaandoeningen. De opgestelde richtlijnen zorgen voor een gestandaardiseerde aanpak voor het uitvoeren van de 6MWT.

De volgende elementen horen aanwezig te zijn in het scoreformulier en dienen te worden gerapporteerd:

<i>Naam deelnemer:</i>	_____
<i>Datum:</i>	___/___/20__
<i>Geslacht:</i>	M/V
<i>Leeftijd:</i>	___ jaar
<i>Gewicht:</i>	___ kg
<i>Lengte:</i>	___ cm
<i>Bloeddruk:</i>	___ mmHg (bovendruk) / ___ mmHg (onderdruk)
<i>Medicatie welke is genomen voor de test (dosering en tijdstip):</i>	
<i>Tijd</i>	Aan het begin van de test: ___:___:___ (uur:min:sec) Aan het eind van de test: ___:___:___ (uur:min:sec)
<i>Hartslag</i>	Aan het begin van de test: ___ (slagen per min) Aan het eind van de test: ___ (slagen per min)
<i>Moeheid</i>	Aan het begin van de test: ___ (Borg schaal) Aan het eind van de test: ___ (Borg schaal)
<i>SpO2</i>	Aan het begin van de test: ___ % Aan het eind van de test: ___ %
<i>Gestopt of pauze genomen voor de 6 minuten?</i>	Ja/nee, reden: _____ _____ _____
<i>Andere symptomen aan het eind van de test?</i>	☐ Angina (pijn in de hartstreek)? ☐ Duizeligheid? ☐ Heup-, been- of kuitpijn? ☐ Andere symptomen?
TOTALE AFGELEGDE AFSTAND:	_____ meter

BIJLAGE G

Astrand fietsergometertest

Doel

De Åstrand-test is een test waarmee het maximale zuurstofopname (VO_{2max}) bij een individu kan worden bepaald. De test wordt uitgevoerd op een fietsergometer en is een sub maximale test. Omdat de test sub maximaal is wordt er een schatting gemaakt van de maximale zuurstofopname. Deze schatting is gebaseerd op het geleverde vermogen en de hartfrequentie in de steady state. De steady state is een inspanning met een (vast) vermogen op een niveau waarbij hartfrequentie, ventilatie en zuurstofverbruik lange tijd constant blijven.

Benodigdheden

- Fietsergometer (met vermogensregistratie, RPM-meting en tijdsweergave)
- Hartslagmeter

Algemene instructie

De test bestaat uit drie onderdelen:

- Warming-up
- Meetperiode
- Cool down

De warming up duurt minimaal 2 minuten en dient ervoor om de spieren op te warmen, de fietsergometer in te stellen en de hartslagmeter te controleren.

De meetperiode duurt 6 minuten. Het is belangrijk dat de deelnemer aan het einde van de test een steady state bereikt. Dat betekent dat de hartfrequentie gedurende de laatste 3 minuten van de test zo constant mogelijk moet blijven, daarom wordt het vermogen in die tijd niet meer aangepast. De trapfrequentie wordt gedurende de gehele test constant gehouden op 50 RPM (revolutions per minute). Gedurende de gehele periode dient de deelnemer goed in de gaten worden gehouden en regelmatig worden gevraagd hoe het gaat. De hartfrequentie mag op geen moment boven de 170 komen, anders dient de test te worden afgebroken. Voor een goede meting kan de test niet in de dezelfde behandeling herhaald worden. Ook als er geen steady state bereikt wordt of als de minimale hartfrequentie niet bereikt wordt, is de test ongeldig.

De Cool down duurt minimaal 2 minuten.

Protocol

Warming-up:

- Informeer de deelnemer over wat er van hem of haar wordt verwacht.
- Laat de deelnemer plaats nemen op de fietsergometer en stel de zadelhoogte in.
- Laat de deelnemer fietsen met een trapfrequentie van 50 RPM en stel de fiets in een laag vermogen (+/- 75 watt).
- Laat de deelnemer minimaal 2 minuten fietsen en vraag vervolgens aan de deelnemer of hij/zij voldoende opgewarmd is.

Meetperiode

- Noteer de starttijd, nu start de officiële meetperiode.
- Voer het vermogen (Watt) rustig op, doe dit in blokken zodat de hartfrequentie zich kan aanpassen tot minimaal 130 slagen/minuut en maximaal 170 slagen/minuut.
- Na 3 minuten (vanaf de start van de meetperiode) moet de hartfrequentie tussen de 130 en de 170 slagen/minuut liggen.
- De laatste 3 minuten van de meetperiode mag het vermogen niet meer worden aangepast en wordt de hartfrequentie (130-170) nauwkeurig in de gaten gehouden.
- Aan het einde van de meetperiode (6min.) wordt de hartfrequentie en het geleverde vermogen van de laatste 3 minuten genoteerd.
- Vraag de deelnemer naar de ervaren zwaarte van de inspanning met behulp van de Borg-schaal (zie hieronder). Noteer de score.

Cool down

- Laat de deelnemer minimaal 2 minuten uitfietsen en vraag vervolgens of de deelnemer voldoende afgekoeld is.
- Bereken de VO2max en vergelijk deze met de normwaarden. Communiceer dit aan de deelnemer.

Analyse van de meetresultaten

Voor het bereken van de maximale zuurstofopname moeten de gegevens uit de Åstrand-test, het gewicht en de leeftijd van de deelnemer bekend zijn.

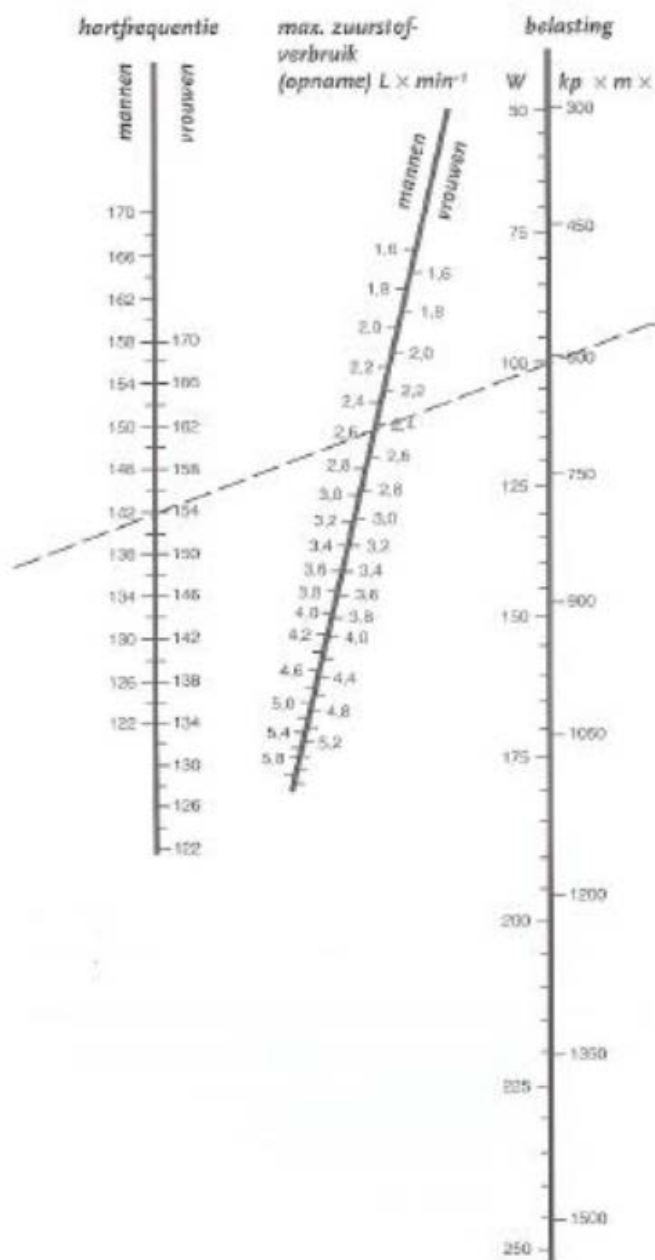
Allereerst wordt de maximale zuurstofopname afgelezen door middel van het Åstrand-nomogram (zie figuur hieronder). Door een lijn te trekken tussen het geleverde vermogen (belasting) en de hartfrequentie kan de zuurstofopname worden afgelezen in de middelste lijn.

Omdat bij de maximale zuurstofopname ook rekening gehouden moet worden met de leeftijd en het gewicht volgt er nog een extra berekening. Hiervoor zijn nodig de leeftijd met bijbehorende correctiefactor (zie tabel hieronder) en het gewicht. Met de volgende formule kan de gecorrigeerde maximale zuurstofopname (VO2max) berekend worden: Gecorrigeerde VO2max = (VO2max x 1000)/gewicht x correctiefactor leeftijd

Dus voor een man van 41 met een gewicht van 80 kg. die 110 Watt fietst met een hartfrequentie van 142 is af te lezen in het nomogram dat de zuurstofopname 2,6 l/min. is. Zijn gecorrigeerde VO2max is dan:

Gecorrigeerde VO2max = $(2,6 \times 1000) / 80 \times 0,83 = 27 \text{ ml/min/kg.}$

Figuur 2) Het Åstrand-Ryhming-nomogram. Met behulp van de hartfrequentie op een bepaalde belasting kan een schatting gemaakt worden van de VO₂max.



Normwaarden

Normwaarden maximale zuurstofopname (VO ₂ max) mannen en vrouwen							
Mannen							
Leeftijd	Ze er slecht	Slecht	Redelijk	Gemiddeld	Goed	Ze er goed	Uitstekend
20-24	<32	32-37	38-43	44-50	51-56	57-62	>62
25-29	<31	31-35	36-42	43-48	49-53	54-59	>59
30-34	<29	29-34	35-40	41-45	46-51	52-56	>56
35-39	<28	28-32	33-38	39-43	44-48	49-54	>54
40-44	<26	26-31	32-35	36-41	42-46	47-51	>51
45-49	<25	25-29	30-34	35-39	40-43	44-48	>48
50-54	<24	24-27	28-32	33-36	37-41	42-46	>46
55-59	<22	22-26	27-30	31-34	35-39	40-43	>43
>60	<21	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40	>40
Vrouwen							
Leeftijd	Ze er slecht	Slecht	Redelijk	Gemiddeld	Goed	Ze er goed	Uitstekend
20-24	<27	27-31	32-36	37-41	42-46	47-51	>51
25-29	<26	26-30	31-35	36-40	41-44	45-49	>49
30-34	<25	25-29	30-33	34-37	38-42	43-46	>46
35-39	<24	24-27	28-31	32-35	36-40	41-44	>44
40-44	<22	22-25	26-29	30-33	34-37	38-41	>41
45-49	<21	21-23	24-27	28-31	32-35	36-38	>38
50-54	<19	19-22	23-25	26-29	30-32	33-36	>36
55-59	<18	18-20	21-23	24-27	28-30	31-33	>33
>60	<16	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	>30

BIJLAGE H

BORG schaal

De borgschaal is een schaal voor de zwaarte van een lichamelijke belasting. Geef tijdens de lichaamsbeweging/conditietraining aan hoe zwaar u de belasting vindt. De ervaren zwaarte hangt voornamelijk af van de mate van inspanning en vermoeidheid in de spieren en het gevoel van buiten adem zijn. Bekijk de scores op de schaal; Geef een score van 6-20.

- 6 betekent geen enkele belasting
- 20 betekent maximale inspanning

Probeer uw gevoelens zo eerlijk mogelijk te beschrijven, zonder te overwegen hoe zwaar de belasting werkelijk is. Over- of onderschat jezelf niet. Alleen uw eigen gevoel is belangrijk, niet wat andere mensen aangeven.

BORGSCHAAL - week							
Cijfer	Zwaarte	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
6							
7	Zeer, zeer licht						
8							
9	Zeer licht						
10							
11	Tamelijk licht						
12							
13	Redelijk zwaar						
14							
15	Zwaar						
16							
17	Zeer zwaar						
18							
19	Zeer, zeer zwaar						
20							

BIJLAGE I

Visueel Analoge Schaal (VAS)

Een VAS-score kan worden ingezet voor elke 'gevoel' (bv. pijn, angst, zelfvertrouwen, plezier, etc.) dat in intensiteit kan variëren.

Voorbeeld 'mate van pijn'

VAS SCORE	
Naam:.....	Datum:.....
Op onderstaande lijnen dient u d.m.v. een verticaal streepje aan te geven welke maat volgens u overeenkomt met de mate van pijn die u ervaart om een test of beweegprogramma vol te houden.	
Rechts betekent zeer veel pijn	
Links betekent zeer weinig pijn	
geen -----	maximaal

Voorbeeld 'mate van zelfvertrouwen'

VAS SCORE	
Naam:.....	Datum:.....
Op onderstaande lijnen dient u d.m.v. een verticaal streepje aan te geven welke maat volgens u overeenkomt met de mate van zelfvertrouwen in uzelf heeft om een beweegprogramma vol te houden.	
Rechts betekent zeer veel zelfvertrouwen	
Links betekent zeer weinig zelfvertrouwen	
geen -----	maximaal

Indien VAS score < 70% => dan moet er extra aandacht worden besteed aan het vergroten van de eigen effectiviteit door:

- de klant direct succes te laten ervaren (bijv. goed volhouden training, gebruik stap-penteller in het dagelijks leven);
- rolmodellen gebruiken, bijvoorbeeld andere NAH-klanten die succesvol bij u trainen;
- buddy systeem gebruiken, koppel klant aan een meer ervaren sporter of aan andere klanten (mensen die elkaar stimuleren om te trainen);
- geef veel en positieve feedback;
- buig negatieve gedachten om in positieve gedachten (bijv. 'ik kan net zo goed stoppen' in 'ik kan het best').

BIJLAGE J

Voorbeeld logboek

Naam klant
Geboortedatum klant
Bewegingsdeskundige
Trainingsdoel
Trainingsuitvoering Trainingsdatum: Duur Intensiteit: RPE
Test: Testdatum: Steep Ramp 1-RM
Antropometrische gegevens: Datum: Middelomtrek: Gewicht:

BIJLAGE K

Meldingsplicht klachten en symptomen

Tijdens de intake procedure is de BNAH verantwoordelijk om gezondheidsrisico's en gezondheidsschade te voorkomen. Nadat het onderwerp besproken is, wordt een overeenkomst voor kennisneming door beide partijen ondertekend. Deze overeenkomst voorziet in een blijvende meldingsplicht de BNAH en de deelnemer, en hier hoort regelmatig naar gerefereerd te worden door de BNAH.

Voorbeeld overeenkomst:

Meldingsplicht deelnemer

Als deelnemer ben ik me bewust van het feit dat ik, op grond van veiligheidsaspecten, te allen tijde aan de BNAH / fitnesscentrum melding moet maken van eventuele veranderingen in mijn gezondheidstoestand. Voorbeelden van veranderingen kunnen zijn:

- Koorts;
- Wondjes aan de voeten;
- Alle onwel wordingen – flauwvallen, duizeligheid, hartkloppingen;
- Hypertensie;
- Onverklaarde en/of onregelmatige (snellere) hartfrequentie.

Alles wat je niet kunt plaatsen dient gemeld te worden.

Wanneer ik als deelnemer deze melding niet maak, ben ik zelf volledig verantwoordelijk voor eventuele gezondheidsrisico's. Elke ziekte die door mijn (behandeld) arts wordt vastgesteld bij aanvang van, en gedurende de trainingsperiode, moet verplicht gemeld worden.

Meldingsplicht beweegprofessional tijdens het trainen

De BNAH is bekend met de diverse reacties die op de trainingsprikkel kunnen volgen, al dan niet in relatie tot de eventuele ziektes van deelnemer.

Bijvoorbeeld: Spierpijn na krachttraining kan enkele dagen voorkomen, maar als dit een x-aantal weken aanhoudt hoort de BNAH in te zien dat het om een afwijking gaat en zal deze de deelnemer moeten doorverwijzen/terugverwijzen.

Elk probleem dat niet door een van beiden verklaard kan worden, dient overlegd te worden met de zorgprofessional.

Als BNAH heb ik de deelnemer geïnformeerd dat er bepaalde reacties veroorzaakt kunnen worden door / of op kunnen treden, ten gevolge van de trainingsprikkel en dat de inspanning direct verminderd of beëindigd moet worden wanneer er verschijnselen vertoond worden zoals:

- Pijn op de borst;
- Duizeligheid;
- Onwel wordend;
- (Onverklaarbare) kortademigheid;
- Onverklaarde en/of onregelmatige (snellere) hartfrequentie;
- Verschijnselen van algehele malaise, zoals flauwvallen, misselijkheid, bleek wegtrekken.

Aldus ondertekend op.....

Deelnemer

Bewegingsdeskundige NAH

.....

Meldingsplicht klachten en symptomen

Tijdens de intake procedure is de BNAH verantwoordelijk om gezondheidsrisico's en gezondheidsschade te voorkomen. Nadat het onderwerp besproken is, wordt een overeenkomst voor kennisneming door beide partijen ondertekend. Deze overeenkomst voorziet in een blijvende meldingsplicht de BNAH en de deelnemer, en hier hoort regelmatig naar gerefereerd te worden door de BNAH.

Voorbeeld overeenkomst:

Meldingsplicht deelnemer

Als deelnemer ben ik me bewust van het feit dat ik, op grond van veiligheidsaspecten, te allen tijde aan de BNAH / fitnesscentrum melding moet maken van eventuele veranderingen in mijn gezondheidstoestand. Voorbeelden van veranderingen kunnen zijn:

- Koorts;
- Wondjes aan de voeten;
- Alle onwel wordingen – flauwvallen, duizeligheid, hartkloppingen;
- Hypertensie;
- Onverklaarde en/of onregelmatige (snellere) hartfrequentie.

Alles wat je niet kunt plaatsen dient gemeld te worden.

Wanneer ik als deelnemer deze melding niet maak, ben ik zelf volledig verantwoordelijk voor eventuele gezondheidsrisico's. Elke ziekte die door mijn (behandeld) arts wordt vastgesteld bij aanvang van, en gedurende de trainingsperiode, moet verplicht gemeld worden.

Meldingsplicht beweegprofessional tijdens het trainen

De BNAH is bekend met de diverse reacties die op de trainingsprikkels kunnen volgen, al dan niet in relatie tot de eventuele ziektes van deelnemer.

Bijvoorbeeld: Spierpijn na krachttraining kan enkele dagen voorkomen, maar als dit een x-aantal weken aanhoudt hoort de BNAH in te zien dat het om een afwijking gaat en zal deze de deelnemer moeten doorverwijzen/terugverwijzen.

Elk probleem dat niet door een van beiden verklaard kan worden, dient overlegt te worden met de zorgprofessional.

Als BNAH heb ik de deelnemer geïnformeerd dat er bepaalde reacties veroorzaakt kunnen worden door / of op kunnen treden, ten gevolge van de trainingsprikkels en dat de inspanning direct verminderd of beëindigd moet worden wanneer er verschijnselen vertoond worden zoals:

- Pijn op de borst;
- Duizeligheid;
- Onwel wording;
- (Onverklaarbare) kortademigheid;
- Onverklaarde en/of onregelmatige (snellere) hartfrequentie;
- Verschijnselen van algehele malaise, zoals flauwvallen, misselijkheid, bleek wegtrekken.

Aldus ondertekend op.....

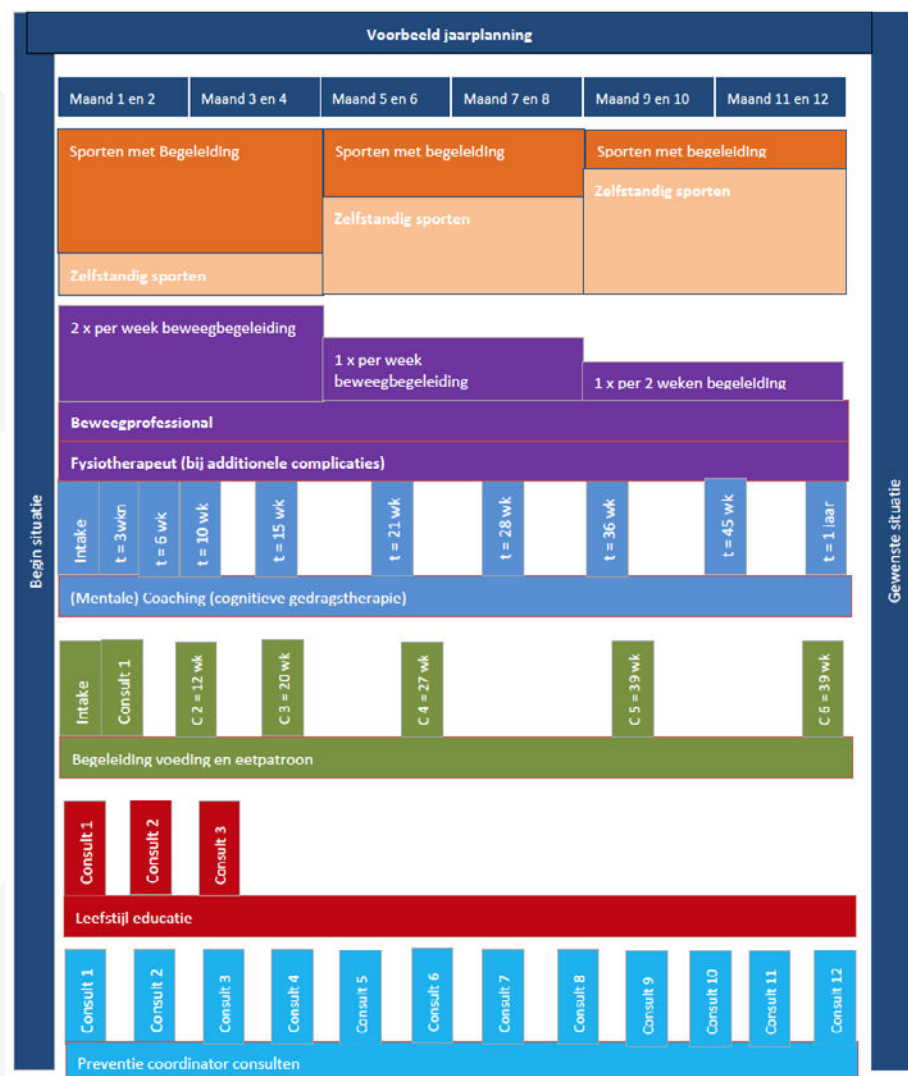
Deelnemer

.....

Bewegingsdeskundige NAH

.....

BIJLAGE L





In Nederland leven naar schatting ruim een half miljoen mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Ze hebben bijvoorbeeld een herseninfarct gehad, zuurstoftekort bij een reanimatie of een hersenvliesontsteking. Of ze liepen een hersenbeschadiging op door een ongeval. Een deel van deze mensen kan vrij snel weer gewoon functioneren, maar een aanzienlijke groep houdt blijvend last van de restverschijnselen van dit niet-aangeboren hersenletsel.

Bewegen is wezenlijk in hun herstel. Veel mensen met hersenletsel sporten tijdens hun revalidatie, maar revalidatiecentra en ziekenhuizen zien in de praktijk vaak dat mensen - als ze eenmaal thuis zijn - het sporten opgeven om allerlei redenen. NL Actief Preventiecentra kunnen een belangrijke rol spelen in het leven van mensen met hersenletsel, maar het aanbod moet dan wel aangepast zijn aan deze groep. De Edwin van der Sar Foundation heeft daarom samen met Hersenstichting Nederland het project Meet me @ the Gym opgezet. Doel is om een 'Keurmerk Hersenletsel' te maken, zodat mensen met NAH weten dat ze bij NL Actief Preventiecentra met dit keurmerk in een rustige omgeving, met niet al te veel prikkels en onder deskundige begeleiding kunnen sporten.

Fitnessinstructeurs worden opgeleid tot Bewegingsdeskundige NAH om die deskundige begeleiding te geven. In het ebook NAH is de richtlijn de leidraad, worden onder meer de verschillende vormen van hersenletsel toegelicht, en kenmerken en problemen van mensen met NAH beschreven. Ook wordt uitgelegd wat het effect van bewegen op de hersenen is en welke voorwaarden er nodig zijn om deze doelgroep veilig en vertrouwd te kunnen laten sporten.