



12-2-2017

Het effect van een functioneel beweegprogramma op het dagelijks functioneren, beweeggedrag en de valangst van thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder

Naam:
Studentnummer:
Begeleider:
Opleiding:
Praktijk:

Jonneke Eggink
312911
Marloes Lap
Fysiotherapie Hanzehogeschool Groningen
Paramedics Assen

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Het effect van een functioneel beweegprogramma op het dagelijks functioneren, beweeggedrag en de valangst van thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder’. Ik heb deze scriptie geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen en in opdracht van de eerstelijnspraktijk Paramedics te Assen. Het onderzoek is uitgevoerd van september 2016 tot en met februari 2017.

Het ouder worden van de mens, ook wel de vergrijzing genoemd, brengt de laatste jaren veel discussies naar voren. Deze discussies gaan met name over de hoge zorgkosten, te weinig zorg in verpleeghuizen, het langer thuis blijven wonen, etc. Ik heb me altijd al bezig gehouden met de ontwikkelingen rondom dit gebied en daarom sprak het KNOP-project mij ook direct aan. Het zou toch mooi zijn als wij als fysiotherapeuten een bijdrage kunnen leveren aan preventieve zorg voor ouderen en zo zorgkosten kunnen verlagen.

Het onderzoek wat ik heb uitgevoerd is een vervolg van het onderzoek ‘De implementatie van een preventief beweegprogramma FTO voor ouderen’, dat vorig semester is geschreven. Vanuit die behaalde resultaten heb ik samen met de Hanzehogeschool Groningen en de eerstelijnspraktijk Paramedics de vraagstelling met zijn bijbehorende deelvragen voor het huidige onderzoek opgesteld. Door middel van een voor- en nameting zijn de vraagstelling en deelvragen beantwoord.

Graag wil ik alle acht de deelnemers bedanken voor hun positieve inzet gedurende de trainingen. In het bijzonder wil ik graag Dhr. Bos en Mw. Frijns bedanken voor de prettige samenwerking en de inbreng tijdens de vier KNOP-bijeenkomsten. Ook wil ik de fysiotherapeuten mw. Tanalepy en mw. Wessels bedanken voor hun inbreng en hulp gedurende het KNOP-project. Daarnaast wil ik ook de fysiotherapiepraktijk Paramedics bedanken voor het beschikbaar stellen van de ruimte. Tot slot mijn dank aan mw. Lap die altijd klaar stond om mijn vragen over de scriptie te beantwoorden.

Ik heb met veel plezier dit onderzoek mogen uitvoeren en hoop dat u het met plezier gaat lezen.

Jonneke Eggink

Groningen, februari 2017

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	4
Abstract	5
Inleiding	6
Methode.....	9
Deelnemers	9
Procedure	9
Meetinstrumenten hoofdvraag.....	10
Deelvraag tevredenheid	13
Deelvraag aanpassing implementatieplan	14
Data-analyse	15
Statistische analyse	15
Resultaten	16
Deelnemerskenmerken	16
Uitkomsten hoofdvraag	16
Uitkomsten deelvraag 1: tevredenheid	19
Uitkomsten deelvraag 2: aanpassing implementatieplan.....	19
Discussie.....	21
Conclusie	23
Relevantie	24
Referenties.....	26
Bijlagen	31
Bijlage 1: Rode vlaggen Geriatrie	31
Bijlage 2: Toestemmingsverklaring.....	32
Bijlage 3: Baseline gegevens	33

Bijlage 4: Timed Up and Go test	35
Bijlage 5: Tien meter looptest	36
Bijlage 6: Vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten	37
Bijlage 7: Assessment of Daily Activity Performance test	39
Bijlage 8: Internationale vragenlijst in verband met fysieke activiteiten	44
Bijlage 9: Gemodificeerde Falls Efficacy Scale	50
Bijlage 10: Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers.....	51
Bijlage 11: Resultaten Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers	56
Bijlage 12: Logboek Fysiotherapeuten:	57
Bijlage 13: Uitwerkingen KNOP-bijeenkomsten	64

Samenvatting

Inleiding: De vergrijzing neemt toe, in de omgeving Assen lag het percentage 65+'ers in 2015 op 19%, geschat wordt dat dit percentage in 2040 oploopt tot 28%. Het kabinet wil dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen, om zorgkosten te besparen. Bij het zelfstandig thuis wonen zijn ouderen afhankelijk van hun zelfredzaamheid, echter ervaren veel ouderen problematiek in hun zelfredzaamheid. Uit literatuur blijkt dat 40% van de ouderen boven de 75 jaar problemen ervaart in de ADL, gemiddeld een inactieve leefstijl hebben en dat vallen een afname betekent in de zelfredzaamheid. Uit onderzoek blijkt dat functioneel trainen, meer bewegen en valpreventie positieve resultaten geeft op de onafhankelijkheid van ouderen. Hiermee komen we tot het doel van de huidige studie is: Wat is het effect van het beweegprogramma 'Blijven doen wat ik wil' op het algemeen dagelijks functioneren, het beweeggedrag en de valangst van zelfstandig thuiswonende ouderen (65+) in de omgeving Assen-Oost?

Methode: Aan de studie hebben zes deelnemers het beweegprogramma voltooid. Het beweegprogramma bestond uit een functionele training van 12 weken, waarbij 2x per week een uur getraind werd. Voor-(T=0) en achteraf(T=1) het programma hebben deelnemers metingen doorlopen. De volgende meetinstrumenten zijn gebruikt om het dagelijks functioneren te bepalen: TUG, 10MLT, PSK en ADAP. Voor het bepalen van het beweeggedrag is de IPAQ gebruikt en voor de valangst de gemodificeerde FES. Voor alle meetinstrumenten werd het verschil tussen T=0 en T=1 voor de gehele groep vergeleken.

Resultaten: Voor alle meetinstrumenten is een stijgende lijn te zien in de gemiddelden. Het algemeen dagelijks functioneren laat significante verschillen zien bij de 10MLT, de PSK en de ADAP. Voor het beweeggedrag is een stijgende lijn te zien, nadien voldeed iedere deelnemer aan de 150 minuten bewegen per week. Ten slotte is er een significante verbetering te zien op de gemodificeerde FES.

Conclusie: De deelnemers functioneren beter in het dagelijks leven en hebben verminderde angst tot vallen. Met deze gegevens kan gesteld worden dat het beweegprogramma een toegevoegde waarde is voor het verbeteren van de zelfredzaamheid bij ouderen in de omgeving Assen-Oost.

Abstract

Background: The number of elderly is rising, in Assen and surroundings the percentage aged 65+ was 19% in 2015, estimated is that this percentage will rise up to 28% by 2040. The Dutch government wants the elderly to live independent as long as possible to save on health expenses. If elderly are to live on their own, they are dependent on their self-reliance. In literature up to 40% of the elderly (75+) experience problems in their ADL, have an inactive lifestyle and falling means a decrease in self-reliance. Research shows that functional training, an active lifestyle and fall prevention gives positive results on the independence of the elderly. This leads to the aim of this study: What's the effect of the intervention 'Keep doing what I want' on daily functioning, lifestyle and the fear of falling in community-dwelling elderly (65+) in east-Assen?

Methods: 6 participants followed and completed the training program. The program consisted of a functional training with a total duration of 12 weeks, in which they trained 1 hour 2 times per week. Measurements were done both before (T=0) and after (T=1). The following measuring instruments were used to compare different aspects of daily functioning: TUG, 10MLT, PSK and ADAP. To determine moving behavior the IPAQ was used, and to determine the fear of falling the modified FES. For all used instruments the difference between T=0 and T=1 were compared in the whole group.

Results: On average, all measuring instruments showed an improved outcome at T=1. Results of daily functioning show significant differences for the 10MLT, PSK and ADAP tests. After the training program every participant met the 150 minutes of activity per week. Positive significant differences were noted in the modified FES.

Conclusion: Participants function better in daily life and had a reduced falling fear. This data shows exercise is of additional value to improve self-reliance among the elderly in the area east-Assen.

Inleiding

Op 1 januari 2015 telde de Nederlandse bevolking 16.900.726 inwoners waarvan 18% 65 jaar en ouder (1). In de omgeving Assen lag het percentage 65+'ers op 19%, geschat wordt dat dit percentage in 2040 oploopt tot 28% (2). In juni 2014 is het kabinet al met een nieuw beleid gekomen om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en hierbij de zorg aan huis te verhogen (3). Daarnaast zullen er alleen nog verpleeghuizen overblijven voor ouderen met een zware zorgindicatie (3). Bij het langer zelfstandig thuis blijven wonen zijn mensen afhankelijk van hun zelfredzaamheid. Dit betekent dat ze de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig kunnen uitvoeren (4). Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat 18% van de zelfstandig thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder problemen ervaart met de ADL. Bij ouderen boven de 75 is dit ruim het dubbele, hier ervaart 40% problemen in de ADL (5). Veel voorkomende problemen zijn traplopen, zich verplaatsen buitenshuis, zwaar huishoudelijk werk, boodschappen doen en het douchen of in bad gaan.

De studie van Dechamps et al (2010) heeft gekeken naar het effect van lichamelijke activiteit bij ouderen. Hieruit komt naar voren dat voldoende lichamelijke activiteit een positieve bijdrage levert aan de zelfredzaamheid en gezondheid van ouderen (6). Voldoende beweging zou een preventieve bijdrage kunnen leveren op de problemen in de ADL bij ouderen (6). In een review van Liu et al (2014) werden 13 onderzoeken vergeleken op het effect van functionele trainingsprogramma's. De meeste programma's hadden een duur van 12 weken, waarin 2 tot 3 keer per week getraind werd voor een duur van 45 tot 60 minuten. Voornamelijk kwamen de volgende componenten aan bod: kracht, balans, mobiliteit en dagelijkse activiteiten. Wat duidelijk in de review naar voren komt, is dat wanneer een component aanwezig is in het programma er in de resultaten specifiek verbetering op dit component te zien is (7). Uit de resultaten blijkt dat functionele training gericht op dagelijkse activiteiten meer effect heeft op het verbeteren van de ADL dan krachttraining, balustraining of mobiliteitstraining, en dat dit een belangrijke rol speelt bij de onafhankelijkheid van ouderen (7).

Een actieve leefstijl kan de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven handhaven, en zo leiden tot een langer onafhankelijk leven en het zelfstandig thuis blijven wonen (6,8–11). Het Nationaal Kompas Volksgezondheid geeft aan dat in Nederland twee derde van de 65+'ers voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) (12). Deze norm houdt in dat er minimaal op vijf dagen, maar het liefst alle dagen van de week minstens een half uur matig

intensieve lichamelijke activiteit op het programma staat (13). Onder matig intensieve activiteiten wordt onder andere verstaan: lopen, fietsen, tuin- en huishoudelijk werk en sporten. Hoe ouder men wordt, hoe minder actief de leefstijl is (12).

Vanuit bovengenoemde literatuur en het kabinetsbeleid is er door de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) een 'Functionele Training Ouderen' (FTO) preventief beweegprogramma ontwikkeld voor ouderen van 65 jaar en ouder (14). Een preventief programma gericht op selectieve preventie. Selectieve preventie heeft als doel specifieke risicogroepen te identificeren en hiervoor gerichte preventieprogramma's uitvoeren, waardoor de gezondheid wordt bevorderd (15). In het FTO-beweegprogramma worden dagelijkse handelingen, waar ouderen de meeste problemen bij ervaren, getraind. Daarnaast wordt tijdens de trainingen ook ingegaan op de actieve leefstijl van de ouderen. Wat in dit programma niet wordt meegenomen is valpreventie. Terwijl uit onderzoek blijkt dat valpreventie training positieve invloed heeft op de risicofactoren en de onafhankelijkheid van ouderen (16,17). Eén van de meest voorkomende gevolgen van het vallen bij ouderen van 65 jaar en ouder is het optreden van een afname van de onafhankelijkheid (18,19). Risicofactoren voor vallen zijn onder andere een verslechterd looppatroon, verminderde balans, ouder worden, lichamelijke aandoening en een laag functioneringsniveau (20,21). Op basis van deze literatuur zou valpreventie een goede toevoeging zijn aan het FTO programma.

Het doel van de huidige studie is om een passend FTO programma te ontwikkelen voor 65+'ers, in Assen-Oost, aangevuld met training voor valpreventie. Het programma krijgt de naam 'Blijven doen wat ik wil'. Vanuit de fysiotherapie praktijk Paramedics in Assen-Oost is vorig semester (februari – juli) een implementatieplan opgezet voor het uitvoeren van het preventief beweegprogramma. Dit is tot stand gekomen door middel van co-creatie, een samenwerking met ouderen, fysiotherapeuten, studenten en een docent waarin iedere deelnemer evenveel invloed had op het proces (22). In het implementatieplan is onder andere te vinden wat de geschikte wervingsstrategie is, hoe het programma rendabel aangeboden kan worden, de beste implementatie strategie en belemmerende en bevorderende factoren van de effecten van het preventief beweegprogramma (23). Voor een duurzame implementatie van het beweegprogramma is het voor de praktijk van belang dat het effect van het beweegprogramma wordt aangetoond. Aan de hand van een co-creatie zullen er aanpassingen aan het huidige implementatieplan worden gesteld, gericht op het optimaliseren van het beweegprogramma. Ten slotte is de tevredenheid van de deelnemers voor de praktijk van groot belang. De

vraagstelling waarmee dit onderzoek zich bezig gaat houden luidt: Wat is het effect van het beweegprogramma 'Blijven doen wat ik wil' op het algemeen dagelijks functioneren, het beweeggedrag en de valangst van zelfstandig thuiswonende ouderen (65+) in de omgeving Assen-Oost? Hierbij zijn de volgende deelvragen opgesteld: Wat zijn de aanpassingen op huidig implementatieplan met betrekking tot het beweegprogramma? Hoe is de tevredenheid van de deelnemers aan het eind van het beweegprogramma? Verwacht wordt dat het programma een positief effect gaat leveren op de benoemde variabelen.

Methode

Deelnemers

Aan de studie hebben 8 deelnemers, 3 mannen en 5 vrouwen, vrijwillig meegedaan in de leeftijdscategorie 76-89 jaar. De deelnemers zijn verworven door middel van flyers, mond-tot-mondreclame vanuit de praktijk Paramedics, promotie op de markt in Assen en een presentatie in de praktijk Paramedics.

Voor deelname zijn een aantal in- en exclusie criteria opgesteld. Inclusiecriteria waren 1) leeftijd van 65 jaar en ouder; 2) zelfstandig thuiswonend; 3) enig problematiek in de ADL; 4) Minstens Functional Ambulation Categories (FAC) 4. Exclusiecriteria waren 1) rode vlaggen geriatrie (bijlage 1).

Het onderzoek is goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie van Leiden en door alle deelnemers werd voorafgaand aan de metingen en het programma een toestemmingsverklaring ondertekend (bijlage 2).

Procedure

Voorafgaand aan het programma is iedere deelnemer individueel gemeten (T=0). Deze metingen vonden plaats in de praktijk Paramedics te Assen. De metingen duurden maximaal 60 minuten en werden uitgevoerd door een fysiotherapeut en een onderzoeker. De deelnemers werden geïnstrueerd om tijdens de metingen de vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden en tijdens de fysieke testen tot het uiterste te gaan. Als eerst werden de algemene gegevens van de deelnemers bepaald. De metingen om de hoofdvraag te beantwoorden bestonden uit de volgende meetinstrumenten: Timed Up and Go test (TUG), 10 meter looptest (10MLT), vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten (PSK), Assessment of Daily Activity Performance (ADAP) en twee vragenlijsten die thuis door de deelnemers werden ingevuld: de International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) en de gemodificeerde Falls Efficacy Scale (FES). Na het programma is iedere deelnemer nogmaals gemeten (T=1) met daarbij toegevoegd de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers, welke werd gebruikt voor één van de deelvragen. Beide metingen, zowel T=0 als T=1, zijn door dezelfde fysiotherapeut en onderzoeker uitgevoerd. De meetinstrumenten zijn voorafgaand aan de metingen gezamenlijk gekalibreerd door de onderzoekers in een algemene ruimte en vervolgens in de praktijk.

Het programma 'Blijven doen wat ik wil' had een duur van 12 weken, waarbij iedere maandag- en donderdagochtend een uur lang functioneel getraind werd volgens het FTO-programma en de daarbij toegevoegde valpreventieve training. Deze trainingen vonden plaats in de oefenzaal van de fysiotherapiepraktijk Paramedics en werden gegeven door een fysiotherapeut en een stagiaire.

Daarnaast hebben er in week 38, 41, 46 en 50 bijeenkomsten plaatsgevonden, waarin gewerkt werd middels een co-creatie methode. Deze bijeenkomsten bestonden uit 2 ouderen, 2 fysiotherapeuten, een docent en een student. Hierin werden de aanpassing van het huidige implementatieplan besproken, gericht op het optimaliseren van de inhoud van het beweegprogramma. Voor het optimaliseren van het beweegprogramma werd ook de ervaring van de fysiotherapeuten, stagiaire en deelnemers meegenomen.

Meetinstrumenten hoofdvraag

Algemene gegevens

Aan het begin van de meting zijn bij iedere deelnemer de algemene baseline gegevens uitgevraagd. Deze vragen bestonden uit het uitvragen van geslacht, geboortedatum, gewicht, lengte, opleidingsniveau, burgerlijke staat, gebruik van loophulpmiddel en de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Zie bijlage 3 voor de gebruikte vragenlijst.

Timed Up and Go test

Het doel van deze test was het meten van de tijd in seconden die nodig is om op te staan uit een stoel, 3 meter te lopen, te keren, terug te lopen en weer te gaan zitten. De deelnemer mocht hierbij haar/zijn eigen hulpmiddel gebruiken als dit noodzakelijk was. Voor het uitvoeren van de TUG is in bijlage 4 het protocol te vinden. Bij een score van <20 sec kon gesteld worden dat de persoon in staat is zelfstandig en veilig te lopen en bij een score >30 sec is hulp bij het lopen noodzakelijk (24). Voor zowel ouderen als kwetsbare ouderen was er voor deze test geen minimal detectable change te vinden. Er kan dus geen uitspraak worden gedaan over de klinische relevantie.

De test laat zowel een goede intra- (0.99) als inter-(0.99) beoordelaarsbetrouwbaarheid zien (24,25). Daarnaast is de criteriumvaliditeit tussen TUG en ADL goed ($r=-0.78$) (24,26).

De TUG is gekozen voor deze studie omdat het aspecten heeft die in het dagelijks functioneren terug komen. Bijvoorbeeld het maken van een transfer uit een stoel, maar ook

vanuit bed of de toilet of korte snelle stukjes lopen om bijvoorbeeld de telefoon op te pakken. Daarnaast komen ook aspecten als balans, loopvaardigheid en valrisico in beeld (24).

10 meter looptest

Tijdens deze test werd zowel de comfortabele als de maximale loopsnelheid gemeten over een afstand van tien meter. Hierbij was een loophulpmiddel toegestaan, maar de deelnemers moesten wel zelfstandig kunnen lopen (FAC 3 of hoger) (27). In bijlage 5 is het protocol van de 10 meter looptest te vinden. Met deze test konden uitspraken worden gedaan over het lopen, de loopsnelheid en het uithoudingsvermogen van de deelnemer (27). Voor deze test zijn normgegevens opgesteld, bij een loopsnelheid van minder dan 0.58m/sec (<17,2 sec over de 10m) is binnenshuis zelfstandig functioneren waarschijnlijk en een loopsnelheid van minder dan 0.77m/sec (<13 sec over de 10m) is minimaal nodig om een straat veilig over te steken (28). Om te kijken of de vooruitgang van de deelnemers ook daadwerkelijk klinisch relevant was werden de volgende minimal detectable change (MDC) waarden gebruikt: voor een kleine zinvolle verandering moest de snelheid met 0.05m/s zijn toegenomen en voor een aanzienlijke zinvolle verandering een toename van 0.13m/s (29).

Uit onderzoek blijkt de loopsnelheid een voorspeller te zijn voor functionele achteruitgang (30). Een verlaging in de loopsnelheid laat verminderde zelfstandigheid en kwaliteit van leven zien en daarnaast ervaren deze personen ook meer problemen met ADL (30). In deze test komen het zelfstandig functioneren en ADL aan bod en daardoor is deze test gekozen voor huidig onderzoek.

De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid ligt tussen de 0.96-0.98 (31). De construct validiteit voor de 10MLT en de Berg Balance test is laag ($r=0.052$) (32). Helaas zijn er geen andere relevante artikelen te vinden voor de validiteit van de 10MLT bij ouderen.

Vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten

De PSK is een vragenlijst waarbij de deelnemers zelf drie activiteiten moesten noemen waar hij/zij moeilijkheden in ervoer tijdens het dagelijkse leven en graag verbetering in wilde zien. Aan de hand van de Visual Analogue Scale (VAS) scoorden de deelnemers de activiteiten apart, waarbij de deelnemers een streep moesten zetten tussen 0 (geen moeite) en 10 (onmogelijk) (33). Voor verdere beschrijving van de uitvoer van de test wordt verwezen naar bijlage 6.

Echter zijn er nog geen gegevens bekend over de betrouwbaarheid en validiteit van de PSK. De VAS is daarentegen wel een betrouwbaar (intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid: 0.97) en valide (criteriumvaliditeit: $r:0.84-0.97$) meetinstrument (34,35).

Dit meetinstrument is gekozen omdat de deelnemers hierin zelf hun beperkingen konden aangeven die van belang waren en waar ze graag verbetering in wilden zien. Op deze manier werd met de PSK de functionele status van de deelnemers bepaald. Nadien werd bepaald of de deelnemers ook daadwerkelijk zelf vooruitgang van de activiteiten ervoeren door de scores per activiteit en de totale score van T=0 met T=1 te vergelijken (33). Bij een verschil van drie punten, kon er gezegd worden dat er een klinisch relevant verschil was gevonden (36).

Assessment of Daily Activity Performance

De ADAP is een test waarbij functionele taken uit het dagelijks leven werden gemeten, zoals stofzuigen, opstaan van de grond en een bed opmaken (37). De ADAP bestaat uit 16 items waarvan er, na het kalibreren van het meetinstrument in de praktijk, in de huidige studie 12 zijn gemeten. Dit omdat er in de praktijk niet voldoende materiaal en ruimte aanwezig was voor het meten van de overige items. In bijlage 7 is het protocol van de ADAP te vinden met daarbij de aangepaste en weggelaten items. Voor het interpreteren van de ADAP werden de items per stuk vergeleken voor T=0 en T=1. Zo kon er van ieder functioneel item gezegd worden of er verandering had plaats gevonden. Voor de ADAP zijn geen normwaardes beschikbaar en daarbij ook geen waardes om de klinische relevantie te bepalen.

De ADAP is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van de fysieke functie bij thuiswonende ouderen (37). De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is 0.80-0.98 en daarnaast laat het een goede constructvaliditeit zien in vergelijking met de self-perceived function (fysiek en mentaal onvermogen en welzijn) vragenlijst en de TUG (37).

De ADAP is gekozen voor deze studie omdat het een mooi beeld laat zien van functionele taken uit het dagelijks leven en dat is precies waar deze studie zich op richtte.

International Physical Activity Questionnaire

Voor het bepalen van het beweeggedrag van de ouderen is de IPAQ gebruikt. Deze vragenlijst bepaalde de fysieke activiteit van de deelnemers. Van alle activiteiten (werk gerelateerd, transport, huishoudelijk werk en recreatieve activiteit) werd de duur bepaald (38). In bijlage 8 is de gehele vragenlijst te vinden. Voor het interpreteren van deze vragenlijst is gekeken of de deelnemers voldeden aan de NNGB. Hierin werden van de volgende activiteiten de minuten bij

elkaar opgeteld: fietsen, wandelen met minstens een middelmatig tempo (voor zowel vervoer als recreatief gerelateerd), matige activiteiten binnen- en buitenshuis en zware en matige fysieke activiteiten die verband houden met sport, ontspanning en vrije tijd. De deelnemers moesten minstens 30 minuten 5 dagen per week actief zijn om aan de NNGB te voldoen, wat in totaal komt op 150 minuten.

De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed, ICC=0,81 (39). Voor de validiteit is alleen een redelijke concurrentvaliditeit voor de IPAQ bekend in vergelijking met een bewegingsmeter (39). Voor de IPAQ zijn geen waarden bekend om de uitkomst als klinisch relevant te beschouwen.

Gemodificeerde Falls Efficacy Scale

Voor het bepalen van het valrisico van de deelnemers is de gemodificeerde FES gebruikt. Deze vragenlijst is gebruikt omdat het de valangst van de deelnemers bij ADL-activiteiten en sociale activiteiten meet (40). De deelnemers moesten per activiteit aangeven hoe bezorgd ze waren om te vallen. In bijlage 9 is de vragenlijst te vinden. Voor het interpreteren van de valangst zijn de totale scores opgeteld, met een minimale te behalen score van 0 en een maximale score van 30 (41). Hoe hoger de score, hoe hoger de valangst (41). Uit onderzoek blijkt dat bij een score van 3 of meer op de gemodificeerde FES een goede voorspeller is voor herhaaldelijk vallen bij thuiswonende ouderen (55+), dit in combinatie met in het afgelopen jaar meer dan één val (42). Helaas is er voor de gemodificeerde FES geen minimal detectable change bekend.

De betrouwbaarheid van de FES is goed voor zowel de inter- (0,92) als de intra-(0,83) beoordelaarsbetrouwbaarheid (43). Daarnaast is de FES valide, het kan de angst om te vallen bij ouderen goed beoordelen (43).

Deelvraag tevredenheid

Voor het bepalen van de tevredenheid is de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers vanuit het TNO gebruikt, welke speciaal voor het FTO-beweegprogramma is ontwikkeld (44). In bijlage 10 is de vragenlijst te vinden. De vragenlijst bestond uit elf gesloten vragen en twee open vragen. Vanuit deze dertien vragen zijn vier categorieën opgesteld. Categorie één was de motivatie, deze bestond uit de vraag: “hoe gemotiveerd was u gedurende de trainingsperiode”. Categorie twee was de facilititeit en deze bestond uit de organisatie buiten programma, de locatie en de bereikbaarheid van de locatie. Categorie drie was de inhoud van programma en bestond

uit de volgende vragen: beoordeling van het programma algemeen, beoordeling trainers, zwaarte programma, duur programma en werktempo programma. Categorie vier was het effect van het programma, deze bestond uit de vragen of het programma effect had op het dagelijks leven, welk effect en had het programma effect op de conditie. Voor het interpreteren van de vragenlijst werd van iedere categorie een gemiddelde bepaald. Daarnaast hebben alle deelnemers het programma een cijfer gegeven en hiervan is het gemiddelde berekend.

Voor deze vragenlijst zijn geen gegevens bekend over normwaarden, validiteit, betrouwbaarheid en klinische relevantie.

Deelvraag aanpassing implementatieplan

Voor de aanpassing van het huidig implementatieplan, gericht op het optimaliseren van het beweegprogramma, zijn verschillende items meegenomen. Het optimaliseren was gericht op de inhoud van het beweegprogramma en hierbij dus de oefeningen, de zwaarte, de duur, het werktempo, de trainers en de deelnemers. Hierin is de ervaringen van zowel de deelnemers als de fysiotherapeuten meegenomen. De fysiotherapeuten hielden een logboek bij wat er per training gedaan werd en wat er anders zou kunnen, hierin namen ze ook de mening van de deelnemers mee. Daarnaast is vanuit de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers categorie drie meegenomen, de inhoud van het programma. Ten slotte is er gebruikt gemaakt van een co-creatie. Aan de hand van het logboek, de vragenlijst en de co-creatie konden de trainingen geoptimaliseerd worden.

Co-creatie

Co-creatie is één van de methoden die is gebruikt om het beweegprogramma te optimaliseren. Co-creatie houdt in dat vanaf het begin de belanghebbende betrokken moeten zijn bij het proces, om zo samen iets te kunnen realiseren (45). Voor deze studie gold dat naast de therapeuten, de student en de docent ook twee deelnemers van het beweegprogramma actief betrokken werden. De groep werd tijdens de co-creatie in tweeën gesplitst, om zo eerst divergerend te kunnen denken en uiteindelijk met de gehele groep meer convergerend te denken (46). De volgende vragen zijn aanbod gekomen: “Wat zijn de plus- en minpunten van het programma?”, “Wat mist er nog in het programma?”, “Wat vinden jullie van het gebruik van een loophulpmiddel tijdens het programma?”, “Hoe zijn de trainers?” en “Wat vinden jullie van de duur van het

programma?” Uiteindelijk werden de belangrijkste items door de groep uitgekozen en meegenomen voor het aanpassen van het beweegprogramma.

Deze methode is gebruikt omdat op deze manier zowel therapeuten en ouderen als student en docent een bijdrage konden leveren aan het optimaliseren van het beweegprogramma. Zo werd er vanuit meerdere oogpunten bekeken en niet alleen vanuit de therapeut zelf.

Data-analyse

De data is geanalyseerd op twee verschillende manieren. Voor de hoofdvraag en de deelvragen is gekeken naar de resultaten van de gehele groep. De resultaten van de PSK, TUG, 10MLT, APAP en gemodificeerde FES zijn voor zowel T=0 als T=1 ingevuld in een SPSS file. Voor deze meetinstrumenten is aan de hand van een statische toets de significantie bepaald. Voor de IPAQ, de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers en de co-creatie zijn de hierboven beschreven methodes gebruikt.

Daarnaast is voor het bepalen van de klinische relevantie individueel naar de resultaten van de deelnemers gekeken.

Statistische analyse

Als eerst is de beschrijvende statistiek toegepast, waarin het gemiddelde en de standaarddeviaties van de variabele leeftijd van de groep werd bepaald. Voor verdere analyse is allereerst de gehele data geïnterpreteerd. Uitgaande van de kleine groep deelnemers, N=8, kan gesteld worden dat de data niet normaal verdeeld is. Voor het meten van het effect van de voor- en nameting is gekozen voor de Wilcoxon signed-rank toets. Dit is een non-parametrische toets voor het vergelijken van de variabelen op T=0 met dezelfde variabele op T=1 voor dezelfde groep. Met de Wilcoxon signed-rank toets werd de significantie bepaald. De resultaten waren significant wanneer de p-waarde <0,05 was. De resultaten zijn geanalyseerd met SPSS versie 23.0.

Resultaten

Deelnemerskenmerken

Aan de studie hebben acht deelnemers meegedaan, hiervan zijn twee deelnemers afgevallen in verband met blessures. Uiteindelijk is er van zes deelnemers, waarvan twee mannen en vier vrouwen met de leeftijd tussen de 71 en 89 jaar, data verzameld. In tabel 1 zijn de kenmerken weergegeven.

Tabel 1: Deelnemerskenmerken

Kenmerken	Deelnemers
<i>Gemiddelde leeftijd</i>	79,8 (6,2)
<i>Hulpmiddel binnenshuis</i>	1
<i>Hulpmiddel buitenshuis</i>	4
<u><i>Chronische aandoeningen:</i></u>	
<i>Artrose</i>	66
<i>Hartafwijking</i>	33
<i>Hoge bloeddruk</i>	33
<i>Osteoporose</i>	33
<i>Reuma</i>	17
<i>DM II</i>	17

Gemiddelde (standaarddeviatie) voor leeftijd in jaren. Aantal personen die binnenshuis en buitenshuis een hulpmiddel gebruiken. Percentage met chronische aandoening.

Uitkomsten hoofdvraag

De resultaten van de gebruikte meetinstrumenten voor de hoofdvraag zijn hieronder beschreven.

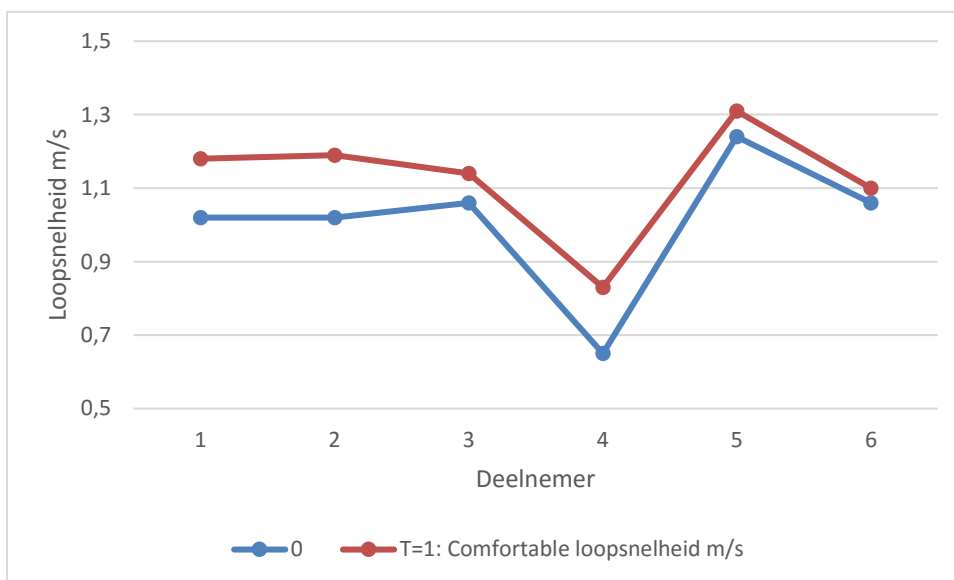
Timed Up and Go test

Voor de TUG liet de groep een gemiddelde zien van 10,44 sec (2,20 standaarddeviatie) op T=0 en op T=1 9,25 sec (1,99 standaarddeviatie). Het verschil van de voor- en nameting is niet significant ($p=0,075$).

10 meter looptest

Bij de 10MLT is voor de comfortabele en de maximale loopsnelheid het verschil bepaald. Het gemiddelde voor de comfortabele loopsnelheid op T=0 is 10,33 sec (2,61 standaarddeviatie) en op T=1 8,64 sec (2,58 standaarddeviatie). Het gemiddelde voor de maximale loopsnelheid op T=0 is 9,08 sec (1,53 standaarddeviatie) en op T=1 7,72 sec (1,75 standaarddeviatie). Voor zowel de comfortabele ($p=0,028$) als de maximale ($p=0,046$) loopsnelheid werd een significante vooruitgang bepaald.

Voor de comfortabele loopsnelheid is bij drie deelnemers een klinisch relevant verschil gevonden met een aanzienlijk zinvolle verandering en voor twee deelnemers een kleine zinvolle verandering. Daarnaast is voor vier deelnemers bij de maximale loopsnelheid een klinisch relevant verschil gevonden met een aanzienlijk zinvolle verandering. In figuur 1 is per deelnemer de verandering weergegeven voor de comfortabele loopsnelheid.



Figuur 1: Verschil T=0 met T=1 voor comfortabele loopsnelheid tien meter looptest per deelnemer

Vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten

Voor de PSK zijn de gemiddelden voor T=0 en T=1 berekend, zie tabel 2. Het resultaat van de PSK is voor vraag twee ($p=0,027$) en de totale score ($p=0,027$) significant verschillend. Voor de klinische relevantie is per deelnemer en per vraag gekeken. Voor twee deelnemers is een klinisch relevant verschil gevonden. Voor één deelnemer is op twee activiteiten het verschil met drie of meer afgenomen, het opstaan van de grond en het lopen met de rollator voor 30

minuten. Bij de andere deelnemer is voor de activiteit autorijden een klinisch relevant verschil gevonden.

Tabel 2: Resultaten PSK

	Gemiddelde T=0	Gemiddelde T=1	P-waarde
<i>PSK 1</i>	6,17 (1,94)	5,33 (1,72)	0,102
<i>PSK 2</i>	6,00 (2,60)	3,83 (1,72)	0,027*
<i>PSK 3</i>	6,40 (2,51)	5,20 (3,56)	0,109
<i>PSK totaal</i>	17,50 (3,33)	13,50 (3,62)	0,027*

Gemiddelde (standaarddeviatie), *Significant.

Assessment of Daily Activity Performance

Voor de ADAP zijn in tabel 3 de gemiddelden per item voor T=0 en T=1 en de p-waarde weergegeven. Voor de items: gewicht dragen pan, traplopen, vloer zitten en opstaan, deur openen, schoen vastmaken en de 6 minuten wandeltest (6MWT) werd een significante verbetering gevonden.

Tabel 3: Resultaten ADAP

Item	Gemiddelde T=0	Gemiddelde T=1	P-waarde
<i>Dragen pan, tijd</i>	4,01 (1,94)	2,97 (1,19)	0,075
<i>Dragen pan, gewicht</i>	7,25 (1,17)	10,33 (2,66)	0,024*
<i>Jas aan- & uittrekken, tijd</i>	20,12 (3,89)	20,00 (4,41)	0,463
<i>Vegen vloer, tijd</i>	15,97 (9,39)	13,28 (6,03)	0,116
<i>Stofzuigen, tijd</i>	29,80 (6,56)	27,69 (7,02)	0,753
<i>Bed opmaken, tijd</i>	64,10 (20,19)	53,06 (14,36)	0,116
<i>Traplopen, tijd</i>	15,93 (4,15)	13,85 (3,29)	0,043*
<i>Vloer zitten en opstaan, tijd</i>	53,29 (42,21)	23,18 (11,31)	0,043*
<i>Deur openen, tijd</i>	5,81 (1,46)	4,41 (0,55)	0,028*
<i>Schoen vastmaken, tijd</i>	4,21 (0,96)	3,38 (0,76)	0,043*
<i>4 sjaals oprapen, tijd</i>	14,14 (4,95)	11,57 (3,88)	0,075
<i>Reiktest, afstand</i>	0,28 (0,04)	0,29 (0,04)	0,102
<i>6MWT, afstand</i>	368,67 (74,16)	402,83 (64,99)	0,028*

Tijd in seconden, gewicht in kilogram en afstand in meters. Gemiddelde (standaarddeviatie). *Significant.

International Physical Activity Questionnaire

Voorafgaand het programma op T=0 kwamen vier van de zes deelnemers op meer dan 150 minuten bewegen per week. Nadien, op T=1, kwamen alle deelnemers boven de 150 minuten bewegen per week uit. Gemiddeld bewogen de deelnemers op T=0 500 minuten per week en op T=1 587 minuten.

Gemodificeerde Falls Efficacy Scale

De vragenlijst voor de valangst van ouderen had op T=0 een gemiddelde score van 9,33 en op T=1 een gemiddelde score van 7,33. Er is een significant verschil gevonden met een p-waarde van 0,041.

Uitkomsten deelvraag 1: tevredenheid

Voor de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers zijn de gemiddelden per categorie bepaald. Voor de antwoorden per vraag wordt verwezen naar bijlage 11. De groep gaf voor categorie één aan zeer gemotiveerd te zijn geweest tijdens het programma. Voor categorie twee de facilititeit waren de deelnemers gemiddeld goed tevreden. Daarnaast was ook het gemiddelde van categorie drie, de inhoud van het programma, goed. Op het laatste gemiddelde laten de deelnemers zien effect te ervaren van het programma. Voor de openvraag, welke effecten de training in het dagelijks leven heeft gegeven, gaven vier deelnemers antwoord: krachtiger, meer zelfvertrouwen, vitaler en traplopen. Het gemiddelde cijfer voor het beweegprogramma kwam uit op een 9.

Uitkomsten deelvraag 2: aanpassing implementatieplan

Voor deze deelvraag zijn meerdere items meegenomen. Als eerst is er tijdens het programma een logboek bijgehouden door de fysiotherapeuten, deze is te vinden in bijlage 12. Hieruit is te zien dat de bestaande oefeningen uit het FTO beweegprogramma moesten worden aangepast aan de materiaal voorziening van de praktijk. Zo was er in de praktijk maar één step beschikbaar en dat terwijl er in sommige oefeningen wel vier nodig waren. Daarnaast waren niet alle oefeningen mogelijk voor de deelnemers, zoals het zitten op handen en knieën. De helft van de deelnemers mocht namelijk niet meer op de knieën steunen in verband met een eerdere operatie aan één van de knieën.

Ten tweede is categorie drie uit de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers meegenomen, de beoordeling van de inhoud van het programma. Hieruit blijkt dat de inhoud van het programma met een gemiddelde van een goed beoordeeld werd.

Als laatste werd de co-creatie als item meegenomen om het programma te optimaliseren. In bijlage 13 zijn de uitwerkingen van de vier KNOP bijeenkomsten te vinden. Uit KNOP bijeenkomsten kwamen de volgende resultaten. De opbouw en structuur van het programma zijn goed. Voor therapeuten voelde het op den duur als een saai programma, maar ouderen gaven aan de herhaling als prettig te ervaren. Goede sfeer in de groep is belangrijk en deelnemers moeten weten van elkaars beperkingen. De stok als hulpmiddel is mogelijk tijdens de trainingen, maar een rollator niet. Het huiswerkoefenschema kwam in week 9 en dit was te laat. Alle deelnemers aan de co-creatie waren het eens met de uitkomsten.

Discussie

Het doel van de huidige studie was om een passend FTO programma ontwikkelen voor 65+'ers in Assen-Oost, aangevuld met training voor valpreventie. De vraagstelling luidde: Wat is het effect van het beweegprogramma 'Blijven doen wat ik wil' op het algemeen dagelijks functioneren, het beweeggedrag en de valangst van zelfstandig thuiswonende ouderen (65+) in de omgeving Assen-Oost? Voor alle meetinstrumenten is een stijgende lijn te zien in de gemiddelden. Het algemeen dagelijks functioneren laat significante verbetering zien bij de 10MLT, de PSK en de ADAP. Daarnaast is voor meer dan 50% van de deelnemers een klinisch relevant verschil te zien voor de 10MLT, zowel voor de comfortabele als de maximale loopsnelheid. Voor de normwaarden van de TUG en de 10 meter looptest haalde de gehele groep op T=0 al de beste norm. Zo kan iedereen zelfstandig en veilig lopen en daarbij veilig een straat oversteken. In het beweeggedrag is een stijging te zien, nadien voldoet iedere deelnemer aan de 150 minuten bewegen per week. Als laatst is er ook een significant verschil gevonden voor de gemodificeerde FES, de valangst is verminderd. Met deze resultaten kan gesteld worden dat vanuit de huidige studie het beweegprogramma een positief effect laat zien. De ouderen functioneren beter in het algemeen dagelijks leven en daarbij is de angst om te vallen verminderd.

Naast de vraagstelling zijn er voor het huidige onderzoek de volgende twee deelvragen opgesteld: Hoe is de tevredenheid van de deelnemers aan het eind van het beweegprogramma? Wat zijn de aanpassingen op huidig implementatieplan met betrekking tot het beweegprogramma? De deelnemers waren erg tevreden over alle vier de categorieën uit de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers en ze gaven het trainingsprogramma gemiddeld een 9. Voor het aanpassen van het beweegprogramma komt uit de resultaten naar voren dat er veel aanpassingen zijn gedaan met betrekking tot de oefeningen.

Voor het langer zelfstandig thuis blijven wonen zijn mensen afhankelijk van hun zelfredzaamheid (4). De bevindingen van deze studie laten zien dat door deelname aan het beweegprogramma 'Blijven doen wat ik wil' positieve resultaten werden behaald op het algemeen dagelijks functioneren. Veel voorkomende problemen in ADL zijn traplopen, huishoudelijk werk en verplaatsten buitenshuis (5). Voor deze specifieke problemen zijn tijdens de huidige studie significante verbeteringen te zien voor de items bij de ADAP. Vanuit dit onderzoek heeft het beweegprogramma een toegevoegde waarde voor het verbeteren van de zelfredzaamheid bij ouderen in de omgeving Assen-Oost.

De resultaten van het dagelijks functioneren van de huidige studie kunnen worden vergeleken met het vergelijkbare onderzoek van Vreede et al. (2005). In dit onderzoek hadden ze een grotere maar vergelijkbare doelgroep van 30 vrouwen, gemiddeld 75 jaar, die 12 weken lang 3x per week 45 minuten functioneel trainden. De fysieke functionele prestatie werd gemeten met de ADAP en de TUG. Hiervoor werden wel significante verbeteringen voor de ADAP en geen significante verbetering voor de TUG gevonden. Deze resultaten komen overeen met de resultaten uit het huidige onderzoek. Echter zijn er in de huidige studie aanpassingen gedaan aan de ADAP en kunnen de resultaten niet exact vergeleken worden. Daarnaast laten ook andere onderzoeken zien dat beweegprogramma's een positief effect hebben op het dagelijks functioneren van ouderen (6,47,48)

In de literatuur zijn onderzoeken te vinden die het effect van een interventie op de valangst bepalen (16,49,50). In deze onderzoeken bestaan de interventies uit training van 12 tot 16 weken. In de resultaten zijn significante verminderingen te zien op de valangst, net als in huidig onderzoek. Daarnaast is ook in de review van El-Khoury et al. (2013) positief bewijst gevonden voor het verminderen van de valangst door dergelijke interventies. In de gevonden literatuur is te lezen dat de interventies in gaan op het voorkomen van valincidenten en het verminderen van valangst door middel van balans oefeningen (16,49,50). Het verschil met de huidige studie is dat in het huidige beweegprogramma meer functioneel werd getraind op dagelijkse activiteiten en niet specifiek alleen op balans. Toch blijkt dit ook effectief te zijn voor het verminderen van de valangst.

Het FTO-programma is ontwikkeld voor selectieve preventie. Hiermee worden de inactieve ouderen met kleine problematiek in de ADL bedoeld. In de huidige studie is te zien dat deelnemers naast problematiek in de ADL ook verschillende chronische aandoeningen hebben. Zo heeft 66% van de deelnemers artrose, 33% cardiale klachten en 33% osteoporose. Hierdoor kan de context preventie in twijfel worden gebracht en kan er gezegd worden dat het beweegprogramma meer stond voor het weer kunnen of durven van activiteiten die voorheen niet gingen, zoals traplopen en opstaan van de grond. Als er wordt gekeken naar de richtlijn voor artrose van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), wordt een functioneel beweegprogramma aanbevolen (51). De huidige studie zou dus ook gezien kunnen worden als een programma dat ouderen helpt met het verbeteren en weer kunnen van dagelijkse activiteiten. In plaats van de preventieve zorg waarbij er nog geen grote problemen aanwezig zijn in het dagelijks functioneren.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de metingen, T=0 en T=1, door dezelfde personen zijn afgenomen. De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van alle meetinstrumenten was goed ($>0,8$), dit betekent dat de metingen van het huidige onderzoek betrouwbaar zijn. Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Met de IPAQ werd niet de gewenste norm voor het beweeggedrag gemeten. Het aantal minuten per week konden wel bij elkaar opgeteld worden, maar de frequentie kon niet exact worden bepaald. Zo werd er bijvoorbeeld ingevuld dat er twee dagen per week 30 minuten gefietst werd, drie dagen per week 20 minuten gewandeld en vier dagen 40 minuten huishoudelijk werk werd verricht. Hieruit kan opgemaakt worden dat de deelnemer wel voldeed aan de minuten, maar over de dagen kan niet veel gezegd worden in verband met mogelijke overlap. Ten tweede kan er niks gezegd worden over het risico op herhaaldelijke vallen bij de deelnemers. Aan de deelnemers is namelijk niet gevraagd hoe vaak ze het afgelopen jaar zijn gevallen en dit was nodig, samen met de score van de gemodificeerde FES, om een uitspraak te doen over herhaaldelijk vallen bij thuiswondende ouderen. Tot slot hebben er aanpassing plaatsgevonden voor de ADAP en zijn er wat items weggelaten. Hierdoor kan er twijfel ontstaan over de betrouwbaarheid van het meetinstrument.

Om te kijken of het beweegprogramma met de huidige resultaten ook effect heeft op langere termijn zal er na een jaar dezelfde meting moeten plaatsvinden. Voor vervolg onderzoek zou er een longitudinaal onderzoek opgezet kunnen worden om het resultaat op langere termijn te bepalen. Zo kan in beeld worden gebracht of het beweegprogramma ook effect heeft na een jaar en of de ouderen daadwerkelijk nog actief zijn en thuis wonen. Een andere suggestie voor vervolgonderzoek is het beweegprogramma toepassen bij meerdere groepen ouderen met daarbij een controle groep, zodat er meer bewijs komt over het positieve effect.

Conclusie

Deze studie keek naar het effect van het beweegprogramma 'Blijven doen wat ik wil' op het algemeen dagelijks functioneren, het beweeggedrag en de valangst van zelfstandig thuiswonende ouderen (65+) in de omgeving Assen-Oost. De resultaten laten een positief effect zien. De deelnemers functioneren beter in het dagelijks leven en hebben verminderde angst tot vallen. Met deze gegevens kan gesteld worden dat het beweegprogramma een toegevoegde waarde is voor het verbeteren van de zelfredzaamheid bij ouderen in de omgeving Assen-Oost.

Voor vervolgonderzoek zou er gekeken kunnen worden naar het lange termijneffect van de studie en naar het effect van meerdere groepen met daarbij een controle groep.

Relevantie

Aan cijfers is te zien dat de vergrijzing in Assen toeneemt de komende jaren. Voor de ondernemende fysiotherapiepraktijk Paramedics kan het ontworpen beweegprogramma een toegevoegde waarde zijn om een bijdrage te leveren aan de zorg. De fysiotherapiepraktijk gaat graag mee met nieuwe ontwikkelingen, maar voordat er een nieuw plan geïmplementeerd wordt moet dit van alle kanten goed benaderd zijn. Daarom is de huidige studie van groot belang voor de praktijk. De resultaten uit het huidige onderzoek laten zien dat het beweegprogramma ‘Blijven doen wat ik wil’ een succes was. Zowel op het gebied van het effect op het dagelijks functioneren, de valangst en het beweeggedrag als hoe tevreden de deelnemers over het programma waren. Met deze resultaten zou er gemakkelijk een doorstart van het programma kunnen plaatsvinden. Het programma is klaar en daarnaast is er ook voldoende animo. Voor de praktijk blijft er nog één struikblok over, namelijk hoe kunnen de kosten worden gereduceerd? De praktijk zou samen met andere fysiotherapiepraktijken en met deze resultaten naar de gemeente kunnen stappen voor ondersteuning in de kosten.

De resultaten van het huidige onderzoek zijn met name bedoeld voor de praktijk Paramedics. Daarnaast zullen deze resultaten ook meegenomen worden in een groter onderzoek, die van meerdere soortgelijke onderzoeken één grote studie maakt. Deze studie zal bij een positief effect met de resultaten naar de zorgverzekeraar kunnen stappen om te laten zien dat er positief bewijs is voor preventieve zorg. Op deze manier zou preventieve zorg meer in de zorgpakketten kunnen komen en wordt het voor ouderen gemakkelijker om deel te nemen aan een functioneel beweegprogramma. Zorgverzekeraars vragen zich naast het positieve bewijs voor preventieve zorg ook af of er wel vraag naar is vanuit de ouderen. Hier zou in de toekomst nog onderzoek naar gedaan kunnen worden op landelijk niveau. Voor Assen was de werving geen probleem en staan er nog genoeg ouderen op de wachtlijst voor het vervolg van het FTO-programma.

Helaas kan het nog wel een aantal jaren duren voordat het programma wordt vergoed door de zorgverzekeraars. Het zou zonde zijn als er geen aandacht meer zou worden gestoken aan het beweegprogramma. De positieve resultaten en positieve deelnemers laten zien dat het programma wel degelijk goed is voor ouderen. Hierdoor moet er een manier gevonden worden

om de relevantie van dit onderzoek ook onder andere praktijken te krijgen. Het beweegprogramma zou op een andere manier geïmplementeerd kunnen worden in de praktijken. De frequentie van het programma zou bijvoorbeeld naar beneden kunnen, waardoor de kosten voor de deelnemers afneemt en het aantrekkelijker is om deel te nemen. Er zou dan wel een vervolg onderzoek moeten komen om te kijken of het beweegprogramma met een lagere frequentie ook nog effect heeft.

Referenties

1. CBS StatLine - Bevolking; kerncijfers [Internet]. [cited 2016 Dec 17]. Available from: <http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=slnl&pa=37296ned&d1=0-2,8-13,19-21,25-35,52-56,68&d2=0,10,20,30,40,50,60,64-65&hd=151214-1132&hdr=g1&stb=t>
2. CBS StatLine - Regionale prognose 2017-2040; bevolking, intervallen, regio-indeling 2015 [Internet]. [cited 2016 Dec 17]. Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83491ned&D1=0&D2=a&D3=0&D4=72&D5=0,3,8,13,18,1&HDR=T,G3&STB=G2,G1,G4&VW=T>
3. Kamerbrief over langer zelfstandig wonen | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl [Internet]. [cited 2016 Dec 17]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/06/04/kamerbrief-over-langer-zelfstandig-wonen>
4. Langer zelfstandig wonen ouderen | Zorg en ondersteuning thuis | Rijksoverheid.nl [Internet]. [cited 2016 Dec 17]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/inhoud/langer-zelfstandig-wonen>
5. Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen [Internet]. [cited 2016 Dec 17]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2015/18/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen>
6. Dechamps A, Diolez P, Thiaudière E, Tulon A, Onifade C, Vuong T, et al. Effects of Exercise Programs to Prevent Decline in Health-Related Quality of Life in Highly Deconditioned Institutionalized Elderly Persons. *Arch Intern Med* [Internet]. 2010 Jan 25 [cited 2016 Dec 17];170(2):162. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2009.489>
7. Liu C, Shiroy DM, Jones LY, Clark DO. Systematic review of functional training on muscle strength, physical functioning, and activities of daily living in older adults. *Eur Rev Aging Phys Act* [Internet]. 2014 Oct 30 [cited 2016 Dec 17];11(2):95–106. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11556-014-0144-1>
8. De Vreede Bsc PL, Samson MM, Van Meeteren Pt NLU, Duursma SA, Verhaar HJJ. Chapter Functional tasks exercise versus resistance strength exercise to improve daily function in older women: A randomized controlled trial. 2005 Jan.
9. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2004 Nov [cited 2016 Dec 17];39(5):1056–61. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743504002026>
10. Mura G, Sancassiani F, Migliaccio GM, Collu G, Monzani E, Carta MG. The Association Between Different Kinds of Exercise and Quality of Life in the Long Term. Results of a Randomized Controlled Trial on the Elderly. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* [Internet]. 2014 Mar 7 [cited 2016 Dec 17];10(1):36–41. Available from: <http://benthamopen.com/ABSTRACT/CPMH-10-36>

11. Motl RW, McAuley E. Physical Activity, Disability, and Quality of Life in Older Adults. *Phys Med Rehabil Clin N Am* [Internet]. 2010 May [cited 2016 Dec 17];21(2):299–308. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20494278>
12. Bewegen - RIVM [Internet]. [cited 2016 Dec 28]. Available from: <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Cijfers/Bewegen>
13. Kemper H.C.G. OWTMSM. Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. *Tijdschr voor gezondheidswetenschappen*. 2000;78(3):180–3.
14. Siemonsma P. Functionele Training Ouderen Theoretische achtergrond. 2013;
15. de Vries, Cor. Hagens, Leo. Kiers, Henri. Schmitt M. KNGF, Beroepsprofiel Fysiotherapeut. 2014;
16. Rubenstein LZ, Josephson KR, Trueblood PR, Loy S, Harker JO, Pietruszka FM, et al. Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2000 Jun [cited 2016 Dec 17];55(6):M317-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10843351>
17. El-Khoury F, Cassou B, Charles M-A, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013;347.
18. Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nurs Heal Sci* [Internet]. 2002 Dec [cited 2016 Dec 17];4(4):155–61. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1442-2018.2002.00123.x>
19. VeiligheidNL. Ongevallcijfers. 2015;700(April):1–23.
20. Toebes MJP, Hoozemans MJM, Furrer R, Dekker J, van Dieën JH. Local dynamic stability and variability of gait are associated with fall history in elderly subjects. *Gait Posture*. 2012;36(3):527–31.
21. Stel VS, Smit JH, Pluijm SMF, Lips P. Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age Ageing* [Internet]. 2004 Jan [cited 2016 Dec 17];33(1):58–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14695865>
22. Hesselink A, Wely L, Eijkelhof L, Saskia S, Marloes V, Van L, et al. Factsheet en handleiding co-creatie.
23. S. Scheltens, R. Wessels. De implementatie van een preventief beweegprogramma met bijlage en referenties. Juni 2016
24. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1991 Feb [cited 2017 Jan 26];39(2):142–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
25. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale,

- Timed Up & Go Test, and gait speeds. *Phys Ther* [Internet]. 2002 Feb [cited 2017 Jan 26];82(2):128–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856064>
26. Brooks D, Davis AM, Naglie G. Validity of 3 Physical Performance Measures in Inpatient Geriatric Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2006 Jan [cited 2017 Jan 26];87(1):105–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401447>
 27. Collen FM, Wade DT, Bradshaw CM. Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. *Int Disabil Stud* [Internet]. [cited 2017 Jan 26];12(1):6–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2211468>
 28. de Jong, K. Sanderink THI. 10 METER TIMED WALKING TEST.
 29. Brach JS, Perera S, Studenski S, Katz M, Hall C, Verghese J. Meaningful change in measures of gait variability in older adults. *Gait Posture* [Internet]. 2010 Feb [cited 2017 Jan 26];31(2):175–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889543>
 30. Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, Varela M, Kaplan R, Camera LA, et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Jan 26];60(10):1304–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282564>
 31. Peters DM, Fritz SL, Krotish DE. Assessing the Reliability and Validity of a Shorter Walk Test Compared With the 10-Meter Walk Test for Measurements of Gait Speed in Healthy, Older Adults. *J Geriatr Phys Ther* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 26];36(1):24–30. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00139143-201301000-00004>
 32. Wolf SL, Catlin PA, Gage K, Gurucharri K, Robertson R, Stephen K. Establishing the reliability and validity of measurements of walking time using the Emory Functional Ambulation Profile. *Phys Ther* [Internet]. 1999 Dec [cited 2017 Jan 26];79(12):1122–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10630281>
 33. Beurskens AJ, de Vet HC, Köke AJ. Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments. *Pain* [Internet]. 1996 Apr [cited 2017 Jan 26];65(1):71–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826492>
 34. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2001 Dec [cited 2017 Jan 26];8(12):1153–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11733293>
 35. Sindhu BS, Shechtman O, Tuckey L. Validity, Reliability, and Responsiveness of a Digital Version of the Visual Analog Scale. *J Hand Ther* [Internet]. 2011 Oct [cited 2017 Jan 26];24(4):356–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21820864>
 36. Stratford P, Gill C, Westaway M, Binkley J. Assessing Disability and Change on Individual Patients: A Report of a Patient Specific Measure. *Physiother Canada*

- [Internet]. 1995 Oct [cited 2017 Jan 26];47(4):258–63. Available from: <http://utpjournals.press/doi/10.3138/ptc.47.4.258>
37. de Vreede PL, Samson MM, van Meeteren NL, Duursma SA, Verhaar HJ. Reliability and validity of the Assessment of Daily Activity Performance (ADAP) in community-dwelling older women. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2006 Aug 25 [cited 2017 Jan 26];18(4):325–33. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF03324667>
 38. International Physical Activity Questionnaire [Internet]. [cited 2017 Jan 26]. Available from: <https://sites.google.com/site/theipaq/>
 39. Rosenberg DE, Bull FC, Marshall AL, Sallis JF, Bauman AE. Assessment of sedentary behavior with the International Physical Activity Questionnaire. *J Phys Act Health* [Internet]. 2008 [cited 2017 Jan 26];5 Suppl 1:S30-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18364524>
 40. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* [Internet]. 1990 Nov [cited 2017 Jan 26];45(6):P239-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2229948>
 41. Peeters G.M.E.E., van Schoor P, Lips DDJH. Validering van screeningsinstrumenten voor de identificatie van vallers. Validering van screeningsinstrumenten voor identificatie van vallers GMEE Peeters, NM van Schoor, P Lips en DJH Deeg Longitud Aging Study Amsterdam EMGO Instituut, VUMC, Amsterdam. 2008;
 42. Pluijm SMF, Smit JH, Tromp EAM, Stel VS, Deeg DJH, Bouter LM, et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos Int* [Internet]. 2006 Mar 17 [cited 2017 Jan 26];17(3):417–25. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00198-005-0002-0>
 43. Kempen GIJM, Yardley L, Van Haastregt JCM, Zijlstra GAR, Beyer N, Hauer K, et al. The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age Ageing* [Internet]. 2007 Oct 11 [cited 2017 Jan 26];37(1):45–50. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afm157>
 44. Van Hespen A, Siemonsma P, Fleuren M, Vrijotte S, Juni L. DEEL 2 Functionele Training Ouderen Programma.
 45. Johan Krijgsman A. Co-creatie en mensgerichte innovatie in de ouderenzorg. 2013;
 46. Hesselink A, Wely L, Eijkelhof L, Saskia S, Marloes V, Van L, et al. Factsheet en handleiding co-creatie bij de implementatie van FTO.
 47. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. 2013;
 48. Fujita K, Nagatomi R, Hozawa A, Ohkubo T, Sato K, Anzai Y, et al. Effects of exercise training on physical activity in older people: a randomized controlled trial. *J Epidemiol* [Internet]. 2003 Mar [cited 2017 Feb 10];13(2):120–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12675121>

49. Freiburger E, Blank WA, Salb J, Geilhof B, Hentschke C, Landendoerfer P, et al. Clinical Interventions in Aging Dovepress effects of a complex intervention on fall risk in the general practitioner setting: a cluster randomized controlled trial. Clin Interv Aging [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 7];8:1079–88. Available from: <http://www.dovepress.com/permissions.php>
50. Giné-Garriga M, Guerra M, Viswanath @bullet, Unnithan B. The effect of functional circuit training on self-reported fear of falling and health status in a group of physically frail older individuals: a randomized controlled trial.
51. Peter, W.F.H. Jansen, M.J. Bloo, H. Dekker-Bakker, L.M.M.C.J. Dilling R.G. Hilberdink, W.K.H.A. Kersten-Smit, C. De Rooij, M. Veenhof, C. Vermeulen, H.M. de Vos, I. Vliet vlieland TPM. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie Verantwoording en toelichting. Suppl bij het Ned Tijdschr voor Fysiother. 2010;Nummer 1.

Bijlagen

Bijlage 1: Rode vlaggen Geriatrie

- Onbegrepen tekenen of symptomen (ook na trauma)
- Belasten niet mogelijk
- Onverklaard gewichtsverlies
- Langer bestaande (onverklaarde) koorts
- Pijn die progressief is en die 's nachts optreedt of verergerd
- Kanker in de voorgeschiedenis
- Algemeen onwelbevinden
- Uitgebreide neurologische symptomen of tekenen
- Veranderingen in mentale gesteldheid zoals geheugenverlies, verwardheid, bewustzijnsdaling, slaperigheid, verhoogde prikkelbaarheid
- Gedeprimeerdheid
- Plotselinge verandering in mobiliteit en continentie
- Eerste episode van lage rugpijn of hoofdpijn
- Pijn op de borst
- Hartproblemen (waarbij alleen fysieke inspanning mag plaats vinden op advies arts)
- Respiratoire problematiek waarbij saturatie onder de 90% is
- Evenwichtsproblemen
- Vallen

Bron: Masteropleiding Geriatrie Utrecht

Bijlage 2: Toestemmingsverklaring



Beste deelnemer,

U gaat de komende 12 weken deelnemen aan het beweegprogramma "Blijven doen wat ik wil doen". Dit beweegprogramma bestaat uit 2 trainingen per week van 1 uur. In het programma worden activiteiten uit het dagelijks leven getraind, zoals traplopen, opstaan vanuit een stoel, verplaatsen binnens- en buitenshuis, tillen en reiken en meer complexe handelingen zoals boodschappen doen en huishoudelijk werk.

Het is de eerste keer dat dit beweegprogramma wordt aangeboden en daarom wordt het ook wel een pilot cursus (1^e onderzoek) genoemd. Dit betekent dat de metingen gebruikt gaan worden voor een onderzoek om te kijken of de trainingen effect hebben op de lichamelijke fitheid en op de zelfredzaamheid in en rond huis. Paramedics werkt samen met de Hanzehogeschool in Groningen.

Voor deelname vragen wij de onderstaande toestemmingsverklaring te tekenen. Hierbij gaat u akkoord met deelname en u meetgegevens zullen anoniem worden meegenomen voor het onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Jonneke Eggink (student fysiotherapie Hanzehogeschool Groningen)

Regien Wessels & Jessica Tanalepy (fysiotherapeuten Paramedics Assen)

Toestemmingsverklaring

NAAM

DATUM

HANDTEKENING

share your talent. **move** the world.

Bijlage 3: Baseline gegevens

Algemene gegevens

Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

1. Wat is uw geslacht?

☐ Man

☐ Vrouw

2. Wat is uw geboortedatum?

dag	maand	jaar

3. Wat is uw gewicht?

--	--	--

 kg

4. Wat is uw lengte?

--	--	--

 cm

5. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

☐ Lagere school

☐ Lager beroepsonderwijs (Huishoudschool, LTS, LEAO, VBO enz.)

☐ Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs (VMBO, MAVO, (M)ULO, MMS, drie jaar HBS)

☐ Hoger Algemeen/Vorbereidend Onderwijs (HAVO, VWO, HBS)

☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MTS, MEAO, BOL, NAS enz.)

☐ Hoger beroepsonderwijs (HTS, HEAO, Sociale Academie, HBO enz.)

☐ Universiteit

6. Wat is uw burgerlijke staat?

- ☐ Alleenstaand
- ☐ Getrouwd
- ☐ Geregistreerd partner
- ☐ Weduwe/weduwnaar
- ☐ Gescheiden

7a. Maakt u gebruik van een loophulpmiddel?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7b. Zo ja, wat voor soort loophulpmiddel gebruikt u?

- ☐ Stok
- ☐ Elleboogkruk(ken)
- ☐ Looprek
- ☐ Rollator
- ☐ Iets anders, namelijk

8a. Heeft u één of meerdere chronische aandoeningen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8b. Zo ja, welke chronische aandoening(en) heeft u?

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 4: Timed Up and Go test

Het benodigde materiaal voor de test:

- Een stoel met armleuningen (zithoogte ca. 45-47 cm)
- stopwatch
- een lijn op de grond van 3 meter lang
- een pion of kegel
- indien gewenst de loophulpmiddelen en/of orthesen van de deelnemer

Richtlijnen bij het uitvoeren van de TUG

- De deelnemer zit op een stoel met, indien mogelijk, beide handen rustend op de bovenbenen.
- Op het moment dat de testafnemer het startsein geeft, staat de deelnemer op (al dan niet gebruikmakend van de stoelleuningen).
- De deelnemer loopt vervolgens zo snel mogelijk (maar zonder te rennen) naar het keerpunt.
- Voorbij de pion keert de deelnemer naar eigen keuze links of rechts om en loopt terug naar de stoel.
- De stopwatch wordt stopgezet als de deelnemer in dezelfde uitgangshouding zit met de handen rustend op de bovenbenen.
- De therapeut loopt zo nodig met de deelnemer mee, maar vermijdt aanmoediging van de deelnemer.
- Indien nodig is het toegestaan de deelnemer een loophulpmiddel te laten gebruiken.
- De deelnemer moet zonder hulp van derden kunnen lopen.

Instructie aan deelnemer:

Kunt u opstaan en in uw eigen tempo om de pion lopen en daarna weer in de stoel plaatsnemen?

De gebruikte tijd in seconden wordt op een scoreformulier vermeld. Verder is het belangrijk dat de onderzoeker gebruikte orthesen of loophulpmiddelen vermeld.

		Gebruik hulpmiddelen:
Datum		
Tijd TUG (in seconden)		

Opmerkingen (bijvoorbeeld de reden dat de test niet kon worden afgenomen; vorm van de dag)

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 5: Tien meter looptest

Het benodigde materiaal voor de test:

- een stopwatch
- 2 lijnen op 10 meter afstand

Richtlijnen bij het uitvoeren van de 10 meter looptest:

Bij de 10 meter looptest wordt de snelheid van het comfortabel lopen en de maximale loopsnelheid gemeten over een afstand van 10 meter.

De deelnemer staat achter de lijn (d.w.z. start uit stilstand). Indien nodig is het toegestaan om een loophulpmiddel te gebruiken. De deelnemer moet zonder hulp van derden kunnen lopen (d.w.z. deelnemer scoort FAC 3 of hoger).

Opdracht 1:

Loop op een comfortabele manier naar de overkant en loop door tot over de streep. U start nadat tot 3 is geteld en het startsein “ja” is gegeven.

- Tegelijk met het startsein “ja” wordt de stopwatch ingedrukt.
- Nadat de deelnemer met 1 voet over de eindstreep is, wordt door de onderzoeker afgeklokt.
- De test wordt 3x herhaald, waarbij het gemiddelde van de 3 looptests wordt berekend.

Opdracht 2:

Loop zo snel u kunt naar de overkant, u mag niet rennen en loop door tot over de streep. U start nadat tot 3 is geteld en het startsein “ja” is gegeven.

- Tegelijk met het startsein “ja” wordt de stopwatch ingedrukt. Nadat de deelnemer met 1 voet over de eindstreep is, wordt afgeklokt.
- De test wordt 3x herhaald, waarbij het gemiddelde van de 3 looptests wordt berekend.

N.B.:

- de therapeut loopt zo nodig met de deelnemer mee
- de therapeut beperkt zich tot de opdracht en vermijdt verdere aanmoediging

Scoreformulier 10 meter looptest

Vermeld in seconden 3 metingen op comfortabele loopsnelheid, en bereken daarna het gemiddelde

Datum		
	Opdracht 1 (in seconde)	Opdracht 2 (in seconde)
Test 1		
Test 2		
Test 3		
Gemiddelde		

Opmerkingen (bijvoorbeeld de reden dat de test niet kon worden afgenomen; vorm van de dag)

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 6: Vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten

Uw klachten hebben invloed op de activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. De gevolgen van deze klachten zijn voor iedereen verschillend. Elk persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door het functioneel trainen.

Probeer de activiteiten te benoemen waar u de afgelopen week door uw klachten moeilijkheden mee had. We vragen u activiteiten te benoemen die **U HEEL BELANGRIJK VINDT** en die **U** het liefst zou **ZIEN VERANDEREN** in **DE KOMENDE WEKEN**.

Activiteiten en bewegingen waarbij u last kunt hebben van uw (pijn)klachten

0 in bed liggen	0 wandelen
0 omdraaien in bed	0 hardlopen
0 opstaan uit bed	0 het dragen van een voorwerp
0 opstaan uit een stoel	0 iets oprapen van de grond
0 gaan zitten op een stoel	0 tillen
0 lang achtereen zitten	0 op bezoek gaan bij familie,vrienden of kennissen
0 in/uit de auto stappen	0 uitgaan
0 rijden in een auto of bus	0 seksuele activiteiten
0 fietsen	0 uitvoeren van werk
0 staan	0 uitvoeren van hobby's
0 lang achtereen staan	0 uitvoeren van huishoudelijk werk
0 licht werk in en om het huis	0 sporten
0 zwaar werk in en om het huis	0 op reis gaan
0 in huis lopen	0 andere activiteiten.....

Benoem de **3 belangrijkste activiteiten** (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1.
.....
 2.
.....
 3.
.....
- Extra:
.....

Invulvoorbeeld

Activiteit: wandelen

Scoort u **0**, dan kost het wandelen u **geen enkele moeite**

geen enkele moeite **0** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Scoort u **10**, dan is wandelen **onmogelijk** voor u

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** **onmogelijk**

Datum invullen:

Score van de eerste 3 activiteiten

Activiteit 1:

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

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Activiteit 2:

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

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Activiteit 3:

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

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Bijlage 7: Assessment of Daily Activity Performance test

Dit is een test om de capaciteiten van personen voor het verrichten van dagelijkse activiteiten te kwantificeren. De activiteiten worden gekwantificeerd, door de tijd te meten die nodig is om een activiteit uit te voeren en door het gewicht dat tijdens de activiteit is verplaatst te registreren. Het is daarom belangrijk dat de persoon tijdens het uitvoeren van de activiteiten de snelheid er goed in houdt. Tijdens het uitvoeren van de activiteiten wordt dan ook zo min mogelijk gesproken. De onderzoeker begeleidt de persoon gedurende de testen, geeft specifieke aanwijzingen bij ieder onderdeel en registreert de tijd die de persoon nodig heeft voor het uitvoeren van de verschillende activiteiten.

Voor de start van iedere activiteit vraagt de onderzoeker aan de persoon of de instructies duidelijk voor hem/haar zijn.

De uitvoering van de test zal enige uitputting van de personen veroorzaken. De test kan tussen de activiteiten door gepauzeerd worden indien de persoon aangeeft even te willen pauzeren.

De totale score op de test is gebaseerd op de hoeveelheid gewicht die de persoon kan dragen en op de snelheid waarmee de persoon iedere activiteit verricht. De persoon moet de activiteiten dan ook zo snel mogelijk uitvoeren. Uiteraard wordt hierbij wel de veiligheid van de persoon in acht genomen.

De onderstaande opdrachten zijn de aangepaste opdrachten voor deze studie

1) Dragen van pan met gewicht

De persoon staat tussen twee tafels van ongeveer 90cm hoogte. Op een tafel staat een pan. De persoon verzwaart de pan met gewichten, zodanig dat de pan het maximale gewicht heeft dat de persoon kan verplaatsen. Op het startteken van de onderzoeker tilt de persoon de pan op en verplaatst deze naar de andere tafel. Op het moment dat de pan op de andere tafel staat wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**
- **Totaal gewicht in kilogram**

2) Jas aan- en uittrekken

De persoon staat voor een stoel waarop een jas ligt (regenjas in maat XL). Op het startteken van de onderzoeker pakt de persoon de jas en trekt hem zo snel mogelijk aan. De jas hoeft niet dicht geritst te worden maar wel dicht geslagen. Als de jas dichtgeslagen is, trekt de persoon de jas weer zo snel mogelijk uit en plaatst deze op de stoel. Op het moment dat de jas op de stoel ligt wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

3) Vegen van de vloer

Binnen een rechthoek op een vloer met vloerbedekking (115 cm x 85 cm) wordt een halve beker droptoeftjes gestrooid. Aan een zijde van de rechthoek staat een lege emmer aan de tegenovergestelde zijde staat de persoon met in de handen een bezem en een blik. Op het startteken van de onderzoeker veegt de persoon zo snel mogelijk alle dropjes met behulp van bezem en blik in de emmer. De emmer mag gedurende de activiteit niet verplaatst worden. Op het moment dat alle korrels in de emmer zitten legt de persoon het blik en de veger neer. Op dat moment stopt de onderzoeker de tijd.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

4) Stofzuigen

Binnen een rechthoek op een vloer met vloerbedekking (115 cm x 143 cm) wordt een koffie kopje havermout gestrooid. Aan een zijde van de rechthoek staat de persoon met een stofzuiger. Op het startteken van de onderzoeker start de persoon de stofzuiger en zuigt alle havermout op. Op het moment dat de havermout is weggezogen doet de persoon de stofzuiger uit en stopt de onderzoeker de tijd.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

5) Bed opmaken

De persoon staat naast een behandelbank. Naast de bank liggen op een stoel een deken, een laken en kussen. Op het startteken van de onderzoeker doet de persoon eerst zo snel mogelijk het laken op het bed, daarna het deken en tot slot legt de persoon het kussen aan het hoofdeinde. Op dat moment wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

6) Traplopen (minimaal 12 treden)

De persoon staat onder aan een trap van 16 treden. Op het moment dat de onderzoeker het startteken geeft, loopt de persoon zo snel mogelijk de trap op. Hierbij mag de persoon gebruikmaken van de leuning. Op het moment dat de persoon met beide voeten bovenaan de trap staat, wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

7) Op vloer gaan zitten en weer opstaan

De persoon staat tussen twee stoelen in. Op het startteken van de onderzoeker gaat de persoon op de grond zitten met de benen gestrekt. Vervolgens staat de persoon weer zo snel mogelijk op. Bij het opstaan en gaan zitten kan de persoon de twee stoelen als steun gebruiken. Op het moment dat de persoon weer rechtop tussen de stoelen staat wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

8) Deur openen

De persoon staat met de armen langs de zij op 1 meter van een deur die naar de persoon toe open gaat. Op het start teken van de onderzoeker opent de persoon de deur en loopt er zo snel mogelijk door tot voorbij een lijn 1 meter van de andere kant van deur. Op het moment dat de persoon met beide voeten de lijn is gepasseerd wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

9) Schoen vastmaken

De persoon zit op een stoel met de rug tegen de leuning en de voeten op de grond. Op de bovenbenen heeft de persoon een touw liggen. Op het startteken van de onderzoeker pakt de persoon het touw en doet deze zo snel mogelijk om een schoen. Hierbij moet de hiel van de schoen contact blijven houden met de grond. Als het touw om de schoen is bevestigd, komt de persoon weer overeind. Op het moment dat de persoon weer met de rug tegen de leuning van de stoel zit wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

10) Vier sjaals van vloer oprapen

Vier sjaals vormen op de grond een rechthoek met zijden van 143cm en 115cm. Op het startteken van de onderzoeker raapt de persoon de sjaals zo snel mogelijk op. Het is de bedoeling dat de persoon na het oprapen van iedere sjaal weer rechtovereind komt voordat

naar de volgende sjaal wordt gegaan. Op het moment dat de persoon alle vier de sjaals heeft verzameld en weer recht overeind staat wordt de tijd gestopt.

Noteren:

- **Totale tijd in seconde**

11) Reiktest

De persoon staat rechtop met de voeten op schouderbreedte en armen voorwaarts gestrekt (90 graden). Zonder de voeten te verplaatsen probeert de persoon met beide handen zo ver mogelijk te reiken. De onderzoeker meet met een meetlint de verplaatsing van de handen.

Noteren:

- **verplaatsing van handen in meters**
- **Lichaamslengte deelnemer**

12) 6 minuten wandeltest

Gedurende 6 minuten probeert de persoon een zo groot mogelijk afstand lopend af te leggen. De persoon mag (snel)wandelen maar niet hardlopen. Op het startteken van de onderzoeker start de persoon volgens een vast parcours waarvan de afstand bekend is. Als de 6 minuten voorbij zijn, geeft de onderzoeker een stopteken en registreert de afgelegde afstand.

Noteren:

- **Totaal aantal gelopen meters**

Item ADAP	score	eenheid	score	eenheid
1. Dragen pan		Tijd in seconde		Totaal gewicht in kg
2. jas aan/uittrekken		Tijd in seconde	NVT	NVT
3. vloer vegen		Tijd in seconde	NVT	NVT
4. stofzuigen		Tijd in seconde	NVT	NVT
5. Bed opmaken		Tijd in seconde	NVT	NVT
6. Traplopen		Tijd in seconde	NVT	NVT
7. Vloer zitten		Tijd in seconde	NVT	NVT
8. Deur openen		Tijd in seconde	NVT	NVT
9. schoen vastmaken		Tijd in seconde	NVT	NVT
10. zakdoeken oprapen		Tijd in seconde	NVT	NVT
11. reiktest		meters		lengte
12. 6MWT		meters	NVT	NVT

Opmerkingen (bijvoorbeeld de reden dat de test niet kon worden afgenomen; vorm van de dag)

.....
.....
.....
...
.....

Bijlage 8: Internationale vragenlijst in verband met fysieke activiteiten

LAATSTE ZEVEN DAGEN !!

De vragen gaan over de fysieke activiteit die u in de **laatste zeven dagen** gedaan hebt. Er zitten vragen bij over de lichaamsbeweging op uw werk, over uw verplaatsingen, over uw werk in huis en in de tuin, en over uw vrije tijd in verband met ontspanning, lichaamsbeweging en sport.

Lees de vragenlijst rustig door en probeer deze zoveel mogelijk in te vullen. Uw antwoorden zijn belangrijk. Probeer op alle vragen te antwoorden, zelfs als u vindt dat u niet erg actief bent.

Als u het prettiger vindt om de lijst samen met de onderzoeker in te vullen dan kunt u dit Aangeven.

Dank voor uw medewerking

Een toelichting bij het beantwoorden van de volgende vragen:

- ◆ **zware** fysieke activiteiten verwijzen naar activiteiten die een zware lichamelijke inspanning vereisen en waarbij u veel sneller en dieper ademt dan normaal.
- ◆ **matige** fysieke activiteiten verwijzen naar activiteiten die een matige lichamelijke inspanning vereisen en waarbij u iets sneller en dieper ademt dan normaal.

Deel 1: Fysieke activiteiten tijdens uw werk

Deel 1 gaat over uw werk. Onder werk verstaan we: betaald werk, werk op de boerderij, vrijwilligerswerk, studiewerk en ander onbetaald werk dat u buitenshuis verricht heeft. Thuiswerk zoals huishoudelijk werk, tuinieren, klusjes en gezinstaken horen hier niet bij. Dat komt aan bod in deel 3.

1a Hebt u momenteel een baan of doet u onbetaald werk buitenshuis?

☐ ☐ Ja

☐ ☐ Nee (Ga naar Deel 2: Vervoer)

De volgende vragen handelen over alle fysieke activiteiten die u gedaan heeft in de laatste zeven dagen als deel van uw betaald of onbetaald werk. De verplaatsing van en naar het werk hoort hier **niet** bij. Het gaat hier *alleen* om de fysieke activiteiten die u **gedurende minstens 10 minuten aan één stuk** gedaan heeft.

1b Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **zware** fysieke activiteiten gedaan zoals zwaar tilwerk, spitten, bouwwerken of trappen oplopen *als deel van uw werk*?

_____ dagen per week

☐ ☐ Geen (Ga naar vraag 1d.)

1c Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **zware** fysieke activiteiten *als deel van uw werk*?

_____ uur _____ minuten /dag

1d Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **matige** fysieke activiteiten gedaan zoals het dragen van lichte lasten *als deel van uw werk*?

_____ dagen per week

☐ ☐ Geen (Ga naar vraag 1f.)

1e Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **matige** fysieke activiteiten *als deel van uw werk*?

_____ uur _____ minuten /dag

- 1f Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **gewandeld** gedurende minstens 10 minuten aan één stuk *als deel van uw werk*
Opgelet, de verplaatsing te voet van en naar het werk hoort hier **niet** bij !

_____ dagen per week

☐ ☐ Geen (Ga naar Deel 2: Vervoer)

- 1g Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag **gewandeld** *als deel van uw werk* ?

_____ uur _____ minuten /dag

- 1h Indien u **gewandeld** heeft *als deel van uw werk*, in welk tempo was dat dan meestal ?
Heeft u gewandeld u in :

☐ ☐ een **hoog** tempo?

☐ ☐ een **middelmatig** tempo?

☐ ☐ een **laag** tempo?

Deel 2: Fysieke activiteiten die verband houden met vervoer

Nu volgen enkele vragen over hoe u zich verplaatst heeft naar het werk, om boodschappen te doen, naar de film te gaan enzovoort.

- 2a Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u zich verplaatst met een motorvoertuig zoals de trein, de bus, de wagen of de tram?

_____ dagen per week

☐ ☐ Geen (Ga naar vraag 2c)

- 2b Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan verplaatsingen *met de wagen, de bus, de trein of een ander motorvoertuig*?

_____ uur _____ minuten / dag

Denk nu **alleen** aan het *fietsen en het wandelen* dat u gedaan heeft om naar het werk te gaan, te winkelen of gewoon om ergens heen te gaan.

- 2c Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **gefietst** gedurende minstens 10 minuten aan één stuk *om ergens heen te gaan*?

_____ dagen per week.

☐ ☐ Geen (Ga naar vraag 2f)

- 2d Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag **gefietst** *om ergens heen te gaan* ?

____ uur ____ minuten /dag

- 2e Als u *zich verplaatst heeft per fiets*, in welk tempo was dat dan meestal ?
Heeft u gefietst in :

- ☐ ☐ een **hoog** tempo
☐ ☐ een **middelmatig** tempo of
☐ ☐ een **laag** tempo

- 2f. Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **gewandeld** gedurende minstens 10 minuten aan één stuk *om ergens heen te gaan* ?

_____ dagen per week

- ☐ ☐ Geen (Ga naar Deel 3: Huishoudelijk Werk, Klusjes en Gezinstaken)

- 2g Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag **gewandeld** *om ergens heen te gaan* ?

____ uur ____ minuten /dag

- 2h Als u **gewandeld** heeft *om ergens heen te gaan*, in welk tempo was dat dan meestal ?
Heeft u gewandeld in :

- ☐ ☐ een **hoog** tempo
☐ ☐ een **middelmatig** tempo of
☐ ☐ een **laag** tempo

Deel 3. Huishoudelijk werk, klusjes en gezinstaken

Dit deel gaat over de fysieke activiteiten die u in de laatste zeven dagen gedaan heeft *in en rond het huis*, bijvoorbeeld huishoudelijk werk, tuinieren, onderhoudswerk of voor het gezin zorgen. Nogmaals, denk *alleen* aan die fysieke activiteiten die u **gedurende minstens 10 minuten aan één stuk** verricht heeft.

- 3a Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **zware** fysieke activiteiten gedaan zoals zwaar tilwerk, houthakken, sneeuwruimen of spitten **in de tuin of moestuin** ?

_____ dagen per week

- ☐ ☐ Geen (Ga naar vraag 3c)

- 3b Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **zware** fysieke activiteiten *in de tuin of moestuin* ?

____ uur ____ minuten /dag

- 3c Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **matige** fysieke activiteiten gedaan zoals lichte lasten dragen, ruiten wassen, vegen of harken **in de tuin of moestuin** ?

_____ dagen per week

☐☐ Geen (Ga naar vraag 3e)

- 3d Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **matige** fysieke activiteiten *in de tuin of moestuin* ?

_____ uur _____ minuten /dag

- 3e Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **matige** fysieke activiteiten gedaan zoals lichte lasten dragen, ruiten wassen, vloeren schrobben of vegen **binnenshuis** ?

_____ dagen per week

☐☐ Geen (Ga naar Deel 4: Fysieke Activiteiten die verband houden met Sport, Ontspanning en Vrije Tijd)

- 3f Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **matige** fysieke activiteiten *binnenshuis*?

_____ uur _____ minuten /dag

Deel 4: Fysieke activiteiten die verband houden met sport, ontspanning en vrije tijd

Dit deel gaat over alle fysieke activiteiten die u de laatste zeven dagen gedaan heeft, maar dan uitsluitend als recreatie, sport, training of vrijetijdsbesteding. Nogmaals, denk *alleen* aan die fysieke activiteiten die u **gedurende minstens 10 minuten aan één stuk** verricht heeft. Gelieve **geen** activiteiten mee te rekenen die u reeds vermeld hebt.

- 4a **Zonder het wandelen dat u reeds vermeld hebt**, op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **gewandeld** gedurende minstens 10 minuten aan één stuk *in uw vrije tijd*?

_____ dagen per week

☐☐ Geen (Ga naar vraag 4d)

- 4b Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag **gewandeld** *in uw vrije tijd*?

_____ uur _____ minuten /dag

- 4c Als u **gewandeld heeft** *in uw vrije tijd*, in welk tempo was dat dan meestal?
Heeft u gewandeld in :

☐☐ een **hoog** tempo

- ☐ ☐ een **middelmatig** tempo of
☐ ☐ een **laag** tempo

4d Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **zware** fysieke activiteiten gedaan zoals bijvoorbeeld aerobics, lopen, snel fietsen, snel zwemmen of andere intense activiteiten, *in uw vrije tijd* ?

_____ dagen per week

☐ ☐ Geen (*Ga naar vraag 4f*)

4e Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **zware** fysieke activiteiten *in uw vrije tijd*?

_____ uur _____ minuten /dag

4f Op hoeveel dagen, in de laatste zeven dagen, heeft u **matige** fysieke activiteiten gedaan zoals bijvoorbeeld fietsen aan een middelmatig tempo, zwemmen aan een middelmatig tempo, tennis dubbelspel of andere activiteiten aan een matige intensiteit, *in uw vrije tijd* ?

_____ dagen per week

☐ ☐ Geen (*Ga naar Deel 5: De tijd die u zittend doorbrengt*)

4g Hoeveel tijd in totaal heeft u op zo'n dag besteedt aan **matige** fysieke activiteiten *in uw vrije tijd*?

_____ uur _____ minuten /dag

Deel 5: De tijd die u zittend doorbrengt

De laatste vragen gaan over de tijd die u de laatste zeven dagen zittend doorbracht op het werk, thuis, tijdens studiewerk of in uw vrije tijd. Hierbij hoort ook de tijd dat u achter een bureau zat, bezoek kreeg, zat te lezen, of naar televisie zat of lag te kijken.

De tijd die u zittend doorbracht in een motorvoertuig, die u reeds vermeld hebt, komt hier **niet** in aanmerking.

5a Hoeveel tijd heeft u gemiddeld *gezet* op een **weekdag**, in de laatste zeven dagen?

_____ uur _____ minuten /dag

5b Hoeveel tijd heeft u gemiddeld *gezet* op een **weekenddag**, in de laatste zeven dagen?

_____ uur _____ minuten /dag

Bijlage 9: Gemodificeerde Falls Efficacy Scale

Naam: _____

Geb.datum: _____

Datum: _____

(Gemodificeerde) Falls Efficacy Scale (FES)

De (gemodificeerde) Falls Efficacy Scale (FES) wordt ingevuld door de patiënt.

<i>Hoe bezorgd bent u dat u zou kunnen vallen bij</i>	Niet →	→	→	→	→	→	→	→	Erg
	0		1		2		3		
het schoonmaken in huis, zoals vegen en afstoffen?	☐		☐		☐		☐		☐
het aan- en uitkleden?	☐		☐		☐		☐		☐
het klaarmaken van een eenvoudige maaltijd?	☐		☐		☐		☐		☐
het nemen van een bad of douche?	☐		☐		☐		☐		☐
het doen van eenvoudige boodschappen?	☐		☐		☐		☐		☐
het in en uit een stoel komen?	☐		☐		☐		☐		☐
het op- en aflopen van de trap?	☐		☐		☐		☐		☐
het maken van een wandelingetje in de buurt?	☐		☐		☐		☐		☐
het pakken van iets uit een diepe lage kast?	☐		☐		☐		☐		☐
het beantwoorden van de telefoon voordat deze ophoudt met overgaan?	☐		☐		☐		☐		☐

0 = niet bezorgd

1 = beetje bezorgd

2 = tamelijk bezorgd

3 = erg bezorgd

Bijlage 10: Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers

Met deze vragen willen we graag uw mening weten over het trainingsprogramma. Hiermee kunnen we het trainingsprogramma evalueren en verbeteren. Wilt u bij alle vragen slechts één antwoord aankruisen. Vraag gerust uitleg aan de trainer. Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

1. Hoe gemotiveerd was u gedurende de trainingsperiode?

Week 1 tot week 4

- ☐ Zeer gemotiveerd
- ☐ Gemotiveerd
- ☐ Niet gemotiveerd
- ☐ Gedacht aan stoppen

Week 5 tot week 8

- ☐ Zeer gemotiveerd
- ☐ Gemotiveerd
- ☐ Niet gemotiveerd
- ☐ Gedacht aan stoppen

Week 9 tot week 12

- ☐ Zeer gemotiveerd
- ☐ Gemotiveerd
- ☐ Niet gemotiveerd
- ☐ Gedacht aan stoppen

Opmerkingen:

.....

.....

2. Hoe beoordeelt u het trainingsprogramma over het algemeen?

- ☐ Zeer slecht
- ☐ Slecht
- ☐ Matig
- ☐ Goed
- ☐ Zeer goed

Wat is er goed? Wat is er slecht?

.....

.....

3. Hoe zwaar vond u het trainingsprogramma over het algemeen?

- ☐ Zeer zwaar
- ☐ Zwaar
- ☐ Goed
- ☐ Licht
- ☐ Zeer licht

Opmerkingen:

.....

.....

4. Wat vindt u van de duur van het totale trainingsprogramma?

- ☐ *Te lang*
- ☐ *Lang*
- ☐ *Goed*
- ☐ *Kort*
- ☐ *Te kort*

Hoe lang was voor u goed?

.....

.....

5. Hoe vond u het werktempo tijdens de trainingen?

- ☐ Te laag
- ☐ Laag
- ☐ Goed
- ☐ Hoog

Opmerkingen

.....

.....

6. Wat vindt u van de organisatie buiten de trainingen om (denkt u bijvoorbeeld aan informatie over het programma, ontvangst, op tijd beginnen)?

- ☐ Zeer slecht
- ☐ Slecht
- ☐ Matig
- ☐ Goed
- ☐ Zeer goed

Wat had er beter gekund? Wat was goed?

.....

.....

7. Hoe beoordeelt u over het algemeen de trainers?

- ☐ Zeer slecht
- ☐ Slecht
- ☐ Matig
- ☐ Goed
- ☐ Zeer goed

Wat vond u slecht? Wat vond u goed?

.....

.....

8. Hoe vindt u de locatie over het algemeen?

- ☐ Zeer slecht
- ☐ Slecht
- ☐ Matig
- ☐ Goed
- ☐ Zeer goed

Opmerkingen:

.....

.....

9. Hoe beoordeelt u de bereikbaarheid van de locatie over het algemeen?

- ☐ Zeer slecht
- ☐ Slecht
- ☐ Matig
- ☐ Goed
- ☐ Zeer goed

Opmerkingen:

.....

.....

10. Heeft u door de trainingen effect ervaren in het dagelijks leven?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

11. Zo ja, welke effecten?

.....

.....

.....

12. Heeft u door de training een merkbaar effect op uw conditie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe merkt u dat?

.....

.....

13. Wilt u uw tevredenheid over het trainingsprogramma in een rapportcijfer uitdrukken.

Vul hieronder een cijfer in van 0 tot 10, 0 staat voor heel slecht en 10 voor heel goed

.....

.....

14. Indien u nog opmerkingen heeft met betrekking tot het trainingsprogramma, de trainer, of de locatie kunt u die hieronder noteren

.....

.....

Bijlage 11: Resultaten Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers

Resultaten Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers, antwoord per vraag.

Vraag	Aantal deelnemers, antwoord	Aantal deelnemers, antwoord	Aantal deelnemers, antwoord
1a, motivatie	6, zeer gemotiveerd		
1b, motivatie	6, zeer gemotiveerd		
1c, motivatie	5, zeer gemotiveerd	1, gemotiveerd	
2, programma	3, zeer goed	3, goed	
3, zwaarte	5, goed	1, licht	
4, duur	5, goed	1, kort	
5, werktempo	4, goed	2, laag	
6, organisatie	1, zeer goed	4, goed	1, matig
7, trainers	3, zeer goed	3, goed	
8, locatie	1, zeer goed	5, goed	
9, bereikbaarheid	2, zeer goed	4, goed	
10, effect	6, ja		
12, conditie	5, ja	1, nee	

Bijlage 12: Logboek Fysiotherapeuten:

Voorafgaand elke training vindt er een warming up plaats (spelletje of warm lopen) en aan het eind van de training een cooling down (spelletje of rekken)

Cijfer tussen haakjes geeft aan welke oefening het is vanuit FTO

Datum	Oefening	Opmerking
26-9	(4) voorwaarts op step stappen 10x, (3)lijn balanceren, (9) slalom. (5) zijwaarts op step stappen	Alle oefeningen wat aangepast. Slalom moeilijker gemaakt door met batje en balletje te lopen.
26-9	(10) Opstaan vanuit een stoel en voorwerp in de kast leggen	3x herhaald
29-9	(7) tillen vanaf de grond en dragen	Cognitieve taak toegevoegd, bepaald voorwerpen uit kast gehaald en persoon moet voorwerp weer juist terugplaatsen (bal bij de ballen, pion bij de pionnen) en daarna weer terug zetten (onthouden wat persoon in de kast heeft gezet) Minuut lang, samen met de andere oefeningen.
29-9	(4) 3x 1min voorwaarts op step stappen	
29-9	(12) voorwaarts over verhoogde stang stappen	Niet genoeg steps, vandaar 3 stangen achter elkaar gelegd waar personen overheen moesten stappen een minuut lang. Helaas is bij deze oefening iemand gevallen en heeft een rib gebroken. Vanaf toen afgesproken dat er altijd hulp staat bij een oefening.
3-10	(12/13) Grondladder verschillende oefeningen, grote voorwaartse en zijwaartse stappen	Elke oefening drie keer herhalen
3-10	(3) lijn balanceren	Vermoeilijken door obstakels en door de wiebelbalk te gebruiken (goed voor balans)

6-10	(5) Zijwaarts op step stappen, 3x 1 min	
6-10	(10) Opstaan vanuit stoel en gewichten heen en weer brengen	Opstaan, bukken en tillen in 1.
6-10	(8) kruislings snelwandelen	
10-10	(10) vanuit stoel voorwerp tillen en langs obstakels in de kast leggen	
10-10	(25) slalom om pionnen en daarbij dienblad met plastic bekertjes dragen	
13-10	(15) Van hoepel naar hoepel stappen ipv tegels.	Geen 3 herhalingen, duurde langer dan gedacht. Oppassen met de gladde hoepels.
13-10	(18) Geen estafette vorm maar per persoon trap op en af, deze tijd genoteerd.	In de praktijk is geen trapje aanwezig van 3-6 treden, op echte trap gedaan van 8 treden
17-10	(17) Opstaan vanuit langzit en voorwerp in de kast leggen.	Voorwerp weggelaten, eerst aangeleerd hoe op te staan. Sommige deelnemers mogen niet op hun knieën zitten, via bankje en gebruik handen achterwaarts op bankje drukken en vanaf bankje opstaan.
17-10	(25) Slalommen op stoelen en dragen kratje	Oefening was te ingewikkeld, ze wisten niet hoe ze moesten lopen. 1 stoel eruit gehaald en toen verliep de oefening beter. Daarnaast hebben we een dienblad gebruikt met gevulde bekers, ipv een kratje.
20-10	(19) Estafette zijwaarts met trap	Geen estafette, individueel trap zijwaarts op.
20-10	(31) Estafette met ring en stok	Geen estafette. Pionnen om heen slalommen, over een step, onder de stoel door (zelf gaan zitten en staan), onder een stang door (zelf overheen). Steeds een obstakel toegevoegd.
24-10	(33) Kromme lijn balanceren	Tandemloop om pionnen heen, daarna over een rechte lijn met obstakels

24-10	(17) Opstaan van lage zit en een voorwerp in de kast leggen	Opstaan vanaf een gymbankje en een voorwerp in de stellage van hoog naar laag verplaatsen. Vermoeilijken door obstakels in het parcours aan te brengen
27-10	(24) Snelwandelen en kratje dragen	Deelnemers tilden een emmer en moesten zo hun voorwerpen in de emmer verzamelen 2 min lang.
27-10	Balans parcours	Slalom, overstap en blauwe wiebel balk. Steeds stapje moeilijker gemaakt
31-10	Parcours (3)(4)(17)	Verschillende oefeningen in 1, om de doorstroom wat te behouden. Beginnend met tandemloop over lijn, gevolgd door blauwe balance balk, Belgisch trottoir, step op af en stappen, door hoepel stappen, opstaan van lage bank en voorwerp in de kast leggen en een slalom met dienblad.
31-10	(16) opstaan vanuit handen en knieën stand en een voorwerp verplaatsen	Voorwerp verplaatsen weggelaten. En alleen het opstaan weer geoefend. Sommige ouderen kunnen niet op knieën.
3-11	Uitbereiding (8). 'Puntenloop'	Voor training van conditie en loopvaardigheid is er gekozen voor een puntenloop. Rechthoek uitgezet door middel van pionnen. De deelnemers kregen de opdracht om zoveel mogelijk punten te behalen. Korte zijde 1 punt, lange zijde 2 punten en schuin door midden 3 punten. '4 min lopen, daarna nog een keer '4 min lopen en meer punten halen. Daarna '6 min lopen
3-11	Eindspel, (31) aangepast.	2 groepen. Zo snel mogelijk de kegels aan de overkant om te krijgen door middel van stok en 'dopje/hoedje' te schuiven.
7-11	(36)	We hebben de ouderen rondom uitgezette vlak op een stoel gezet. Vanuit stoel moesten ze lopen rondom alle objecten op de grond. (steeds uitbereid door oefeningen toe te voegen). Bij het noemen van een voorwerp moesten de

		ouderen het oppakken en in een hoepel gooien, daarna zo snel mogelijk weer gaan zitten. Dit herhalen totdat alle voorwerpen waren opgepakt.
7-11	(44)	Voornamelijk het opstaan geoefend en voor de gevorderde de opdracht afgemaakt door voorwerp hoog in de kast te leggen.
10-11	(43) Estafette met step parcours	Aangepast met aanwezige voorwerpen en deze steeds vermoeilijkt, door middel van verhoging of een dubbeltaak
14-11	Kracht en Balansoefeningen	Abductie, knie heffen, hamstring oefeningen. Statische balans geoefend.
14-11	(41) Voorwerp in zit vanaf de grond pakken en opstaan uit de stoel	Aangepast door met groep in een cirkel te gaan zitten en voorwerpen door te geven of op te staan en door te geven. Ook door middel van een dienblad, steeds wat moeilijker gemaakt.
14-11	(44)	Voornamelijk het opstaan geoefend en voor de gevorderde de opdracht afgemaakt door dienblad met gewichten hoog in de kast te leggen.
17-11	(37)	Grote traplopen met boodschap tassen ivp emmers.
17-11	Stukje statische balans (valpreventie)	1 been staan Met benen op schouderbreedte staan en ogen dicht Voeten tegen elkaar -> ogen dicht
21-11	HOS	Huiswerkcoefenschema doorgenomen en meegegeven, via Otago
21-11	(44)	Oefening blijven herhalen, max 3 hh pp, daarnaast kleine oefeningen neergezet als step en stoel

24-11	(39)	Kruislings snelwandelen weg gelaten en de ouderen gewoon het parcours laten lopen met begeleiding - Zijwaarts lopen via de ladder - Belgisch trottoir - 2 balance balken aan elkaar met obstakel er tussen - Trampoline, overheen stappen - Slalom met step
24-11	(47)	Gewichten verplaatsen met behulp van boodschap tassen via parcours - Knie heffen ladder - Obstakel, over stangen heen stappen, door hoepel stappen - Slalom met step
28-11	Snelwandelen	- Oefening 1: 2 minuten eigen tempo wandelen - Oefening 2: 2 minuten snel wandelen - Oefening 3: 2 minuten eigen tempo wandelen, met opdrachten. 1x klappen is grond aan tikken, 2x klappen is ronde draaien - Oefening 4: 2 minuten snel wandelen met opdrachten. 1x klappen is grond aan tikken, 2x klappen is ronde draaien
28-11	(36)	Herhaling van drie weken eerder. Nu moeilijker gemaakt door geen rust meer te hebben in stoel. En door bv: voorwerp in een hoepel leggen, in de stelling, op een bank of gewoon in de handen houden.
28-11	Statische balans	Oefeningen statische balans: - 1 been staan - Voeten heupbreedte en ogen dicht - Voeten tegen elkaar - Voeten tegen elkaar en ogen dicht

1-12	(47), alleen zonder tas	Elke deelnemer kreeg in iedere hand een kilo gewicht en moesten hier vervolgens een parcours mee afleggen: - Ladder: loopoefening, grote stappen, achterwaarts, kleine stappen - Zijwaarts over obstakels stappen - Door verhoogde hoepels stappen - Statische balans in trampoline - Over bank heen stappen, gaan zitten en vanuit lage zit voorwerpen hoog in de kast leggen.
1-12	Statische balans	Statische balans in trampoline oefenen: - Schouderbreedte met ogen open en ogen dicht - Voeten tegen elkaar met ogen open en ogen dicht - Op 1 been staan met ogen open en ogen dicht - Licht balans verstoren door middel van veren in de trampoline
5-12	(45), (balans mat), (1), (6), slalom, (15)	6 stoelen aan de ene kant van de zaal en 6 stoelen aan de andere kant. De deelnemers moesten van stoel naar stoel lopen, er waren zes verschillende banen. Deze heeft ieder 3x afgelegd en werden steeds moeilijker gemaakt. 1) Opstaan van de grond en voorwerp meenemen naar de overkant, gaan zitten en weer teruglopen. 2) Naar balancemat, hier 10 sec opstaan met voeten tegen elkaar (aan eind met dienblad) 3) Steps op hoogste stand, 5x op en af, zowel heen als terug weg. (aan eind met balancemat ervoor) 4) Over obstakels lopen, met hoepels erbij (aan eind met dienblad) 5) Slalom om pylonen en rondje om paal lopen (aan eind met dienblad) 6) Voorwerpen van de grond pakken, in totaal 8 kg, terugweg weer netjes op de grond leggen.
8-12		Puntenloop met dubbeltaak, badmintonracket met balletje
8-12	(37)	Traplopen met verschillende opdrachten. Gewichten aan enkels, emmers in hand

8-12	(41)	Oefening met voorwerpen van grond pakken en opstaan uit stoel, steeds moeilijker gemaakt. Soort cognitieve fitness erbij.
12-12		6 stoelen aan de ene kant van de zaal en 6 stoelen aan de andere kant. De deelnemers moesten van stoel naar stoel lopen, er waren dus 6 banen. Elke baan had een andere opdracht die steeds moeilijker gemaakt werden, zie hieronder: 1) Oefening in ladder, knie heffen en zijwaarts lopen 2) Trampoline, verschillende oefeningen ook met een bal 3) Steps op hoogste stand, 5x op en af, zowel heen als terug weg. (aan eind met balancemat ervoor 10x aantikken) 4) Door hoepels naar de overkant, verschillende afstanden van elkaar 5) Lopen naar de overkant met grote bal die mee moet 6) In iedere hand 4 kg, parcours afleggen met obstakels Iedere deelnemer voerde deze 6 opdrachten 3x uit.
15-12	Laatste training	Allemaal spelletjes gedaan

Bijlage 13: Uitwerkingen KNOP-bijeenkomsten

KNOP bijeenkomst 1

Welke vragen zijn geformuleerd?

1. Wat verwachten jullie van het beweegprogramma?
2. Meten is weten, wat zouden jullie graag willen weten aan het eind van het programma?

Wat is er gedaan om te divergeren en convergeren?

Er werd gewerkt aan de hand van post its. Bij elke vraag kreeg iedereen 3 minuten tijd om zoveel mogelijk ideeën op te schrijven. Uiteindelijk werd elke post it benoemd en op een bord geplakt. Uiteindelijk werden deze gecategoriseerd en over deze categorieën werd in de groep gediscussieerd. Op deze manier werd begonnen met divergerend denken en door middel van de categorieën overgegaan op convergerend.

Wat zijn de tips en tops? Wat ging er goed en minder goed

Tops

Het principe van de bijeenkomst was voor iedereen duidelijk, dit omdat de deelnemers allemaal al vaker in een vorm van een co-creatie hadden gewerkt. Dit zorgde ervoor dat de bijeenkomst verder soepel verliep.

Tips

Op een gegeven moment ging het gesprek over het dragen van een alarmbel bij ouderen. Eén iemand van de groep kreeg het woord en hield niet meer op over dit onderwerp. Diegene week helemaal af en ik vond het moeilijk om dat te onderbreken. Voor de volgende keer moet er een strategie worden bedacht dat er een bepaalde tijd moet worden verbonden aan de beurt.

Wat zijn de resultaten op de vragen?

Vraag 1) Na het convergerend denken bleven er aantal items over die volgens de groep belangrijk zijn voor het beweegprogramma. Voornamelijk de valpreventie moet een belangrijke rol gaan spelen. Daarnaast wordt het belangrijk om de fitheid van de ouderen te behouden, of te verbeteren waar mogelijk. Door de functionele training verwachten de groep ook dat de algemeen dagelijkse levensverrichtingen gemakkelijkere zullen gaan. Tenslotte verwacht men dat het een gezellig uitje voor ouderen gaat worden, waarbij ze het belang van bewegen gaan inzien.

Vraag 2) De therapeuten zien achteraf graag wat de deelnemers van het programma vonden. Waren ze tevreden over het programma, wat kon er beter/anders. Hiervoor moet een tevredenheidsvragenlijst worden gezocht om toe te voegen aan het programma.

Notulen van de bijeenkomst:

Datum, tijd, locatie: 21/9/2016, 11.00 uur, Paramedics Assen

Aanwezig: Regien, Jessica, Marloes, Dhr. Bos en Jonneke

Op vraag 1 is antwoord gegeven door middel van post its. Hieruit kwamen de volgende dingen naar voren:

- Een gezellig uitje voor de ouderen
- Meer preventie binnen de fysiotherapie
- Continue verbetering programma
- Langer zelfstandig thuis wonen
- Verbeteren loopvaardigheden
- Dat het uiteindelijk mensen stimuleert om in beweging te blijven
- Verhogen zelfvertrouwen
- Fysieke fitter voelen
- Preventie voor vallen
- Zelfredzaamheid verbeteren
- Sociale contacten
- Vergemakkelijken ADL
- Vergoeding zorgverzekering
- Bekendheid van het programma

Veel verwachtingen van de deelnemers. Voornamelijk het vallen komt naar voren. Tegenwoordig veel ongelijke wegen. Bij het opstaan mensen veelal in paniek, hoe kom ik overeind?

- Alarm bel om
- Fluitje bij de hand
- Leren opstaan
- Bewust bij stil staan
- Hoe maatregelen nemen

Conditie vooruitgang/houden ook van belang. Vooral zorgen dat ouderen blijven op het niveau waar ze zitten.

Fysieke fitheid en advies hierbij.

Graag weten aan het eind of ouderen tevreden zijn over het programma. Lijst met vragen, wat was de stimulans om elke keer weer te komen? Presentielijst bijhouden.

Aangeven wat we gaan doen per training vooraf. Deelnemers ook vrij zijn in het aangeven van taken of activiteiten die ze lastig vinden en hierop oefenen. Door middel van deze strategie ook per deelnemer andere oefeningen meegeven voor thuis.

Maar wel enige eenheid afstemmen.

Nuttig geweest? Gezellig? Waarvoor doe ik het?

KNOP bijeenkomst 2

Welke vragen zijn geformuleerd?

1. Wat zijn de plus- en minpunten tot nu toe?
2. Wat heeft FTO als doel voor jullie?
3. Hoe kunnen we ouderen stimuleren om te blijven bewegen?

Wat is er gedaan om te divergeren en convergeren?

Ten eerste werd er begonnen met divergerend denken. Ieder groep kreeg na de vraag een paar minuten om samen alle ideeën op te schrijven die in hun opkwamen. Nadat iedereen alles had opgeschreven werden de ideeën op tafel gegooid door de twee groepen. Uiteindelijk werden de opvallendste of belangrijkste ideeën uitgekozen om verder over te discussiëren, zodat er vanaf dat punt meer convergerend werd gedacht.

Wat zijn de tips en tops?

Tops

De aanpassing van strategie is goed, zo komt iedereen evenveel aan het woord en is iedere deelnemer gelijk. Ook de nieuwe deelnemster vond de sfeer in de co-creatie goed, snapte de werkvorm snel en kon al gauw goed mee praten over alle ideeën.

Tips

Voor de volgende keer iets meer informatie vanuit de praktijk hebben over het vervolg. Komt er een vervolg? Kunnen we wat aanbieden naast een sportabonnement? Zowel de ouderen als de therapeuten willen graag meer weten over de mogelijkheden binnen de praktijk.

Wat zijn de resultaten op de vragen?

Vraag 1)

Pluspunten: Structuur van het programma is goed en daarbij de bijbehorende opbouw, er heerst een positieve sfeer, rol van trainers is duidelijk en de persoonlijke aandacht is prettig.

Minpunten: Uitleg kan soms wat beter en iedereen moet goed weten van elkaars beperkingen.

Vraag 2)

Huidige conditie op peil houden, ouderen inzicht krijgen van belang bewegen, valpreventie, behouden van eigen kunnen, na het programma doorgaan en langer zelfstandig thuis blijven wonen

Vraag 3)

KNOP voortzetten? Sporten in sportschool? Bij vereniging gaan? Vele opties, zowel verder kunnen in groepsverband als individueel.

Notulen van de bijeenkomst:

Datum, tijd, locatie: 13-10-2016, 8.30, Paramedics Assen

Aanwezig: Regien, Jessica, Dhr. Bos, Mw. Fryns, Jonneke

De 2^e bijeenkomst heb ik andere strategie gebruikt zodat er niet één iemand te veel aan het woord zal zijn.

De groep werd in tweeën gesplitst en iedere groep kreeg na een vraag 5 a 10 minuten tijd om de vraag te bediscussiëren en alle mogelijke ideeën op te schrijven. Nadien kreeg iedere groep een paar minuten de tijd om de ideeën op tafel te gooien. Nadat alle ideeën besproken waren, werden de meest aantrekkelijke punten eruit gehaald en besproken, om zo van divergerend denken naar convergerend denken te gaan.

Vraag 1: + en – punten programma tot nu toe

+ : begeleiders duidelijke rol, structuur in programma, duidelijke opbouw, persoonlijke aandacht, positieve sfeer in de groep, kennismaking met elkaar en therapeuten

--: Duidelijke uitleg (links/rechts beginnen?), uitnodiging op papier (concreter), weten van elkaars beperkingen, groep moet niet groter

Discussie kwam hier neer op het goed weten van elkaars beperkingen. Zo is 1 van de patiënten gevallen tijdens programma doordat hij meer wilde doen dan hij eigenlijk kon. De deelnemer die bij hem stond, wist niet dat hij last had van evenwichtsproblemen. Achteraf had ze het gevoel dat ze hem had moeten tegenhouden, maar mw. wist niet van zijn beperking af.

Opbouw is zeer goed zo, deelnemers en therapeuten vinden het prettig elkaar te leren kennen en te achterhalen wat iedereen kan. Zodat dit rustig kan worden uitbereid tot verdere mogelijkheden.

Vraag 2: Doel FTO

- Huidige conditie op peil houden
- Ouderen inzicht krijgen van belang bewegen
- Voorkomen inactiviteit
- Valpreventie
- Eenzaamheid tegen gaan
- Tegengaan van onmogelijkheden
- Na het programma doorgaan
- Langer zelfstandig thuis blijven wonen

Vraag 3: Hoe ouderen stimuleren om te blijven bewegen

Via bv. Plattelandsvrouwen, wandelgroep, seniorfit, fietsgroep, nordicwalking

Ouderen willen graag in beweging blijven, maar weten vaak de mogelijkheden niet. Hoe is dit op te lossen? Door inlichting van mogelijkheden en wat de voorkeuren zijn van ouderen. Wat willen ze nu eigenlijk?

Evt. door gaan in de sport? Onder begeleiding van fysiotherapeut, is dit een mogelijk? Uitzoeken. Anders goed in overleg met leefstijladviseurs hoe zij dit voor zich zien. Welke apparaten zijn goed voor ze? Misschien een tussenstap tussen beweegprogramma en sport?

KNOP bijeenkomst 3

Welke vragen zijn geformuleerd?

1. Hoe zien jullie het voor je, om te blijven sporten in de praktijk?
2. Wat mist er nog aan het programma?
3. Wat vinden jullie van de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers?

Wat is er gedaan om te divergeren en convergeren?

Ten eerste werd er begonnen met divergerend denken. Ieder groep kreeg na de vraag een paar minuten om samen alle ideeën op te schrijven die in hun opkwamen. Nadat iedereen alles had opgeschreven werden de ideeën op tafel gegooid door de twee groepen. Uiteindelijk werden de opvallendste of belangrijkste ideeën uitgekozen om verder over te discussiëren, zodat er vanaf dat punt meer convergerend werd gedacht.

Wat zijn de tips en tops?

Tops

Prettige sfeer, duidelijke vragen en iedereen had evenveel invloed. De informatie vanuit de praktijk was beter..

Tips

Wat opviel was dat de vragen wel een beetje gelijk waren aan de vorige keer. Maar verder ook geen input van de groep gekregen wat nog een goed onderwerp is voor de volgende keer.

Wat zijn de resultaten op de vragen?

Vraag 1)

Zelfmanagement en zo flexibiliteit. Seniorfit, weet van elkaars handicap. Combinatie van functionele oefeningen met kracht.

Vraag 2)

Huiswerk oefenschema toevoegen zo snel mogelijk, ouderen willen graag thuis ook oefeningen hebben of in ieder geval tips voor wat ze thuis eventueel kunnen gaan doen.

Daarnaast ook meer handvatten voor thuis meegeven, dit gebeurt al wel maar er mag nog meer nadruk opkomen.

Krachttraining wat meer naar voren laten komen.

Vraag 3)

Goed

Notulen van de bijeenkomst:

Datum, tijd, locatie: 14-11-2016, 8.30, Paramedics Assen

Aanwezig: Regien, Jessica, Dhr. Bos, Mw. Fryns, Marloes & Jonneke

De strategie die is gebruikt voor bijeenkomst twee werkte goed, iedereen kwam evenveel aan het woord. Deze strategie werd voortgezet in bijeenkomst 3.

Vraag 1: ideeën voor vervolg, sport in de praktijk, hoe ziet iedereen dit voor zich?

- Iemand die goed inzicht heeft in werking van spieren etc. & herstel lichaam
- Combinatie van zaal en apparaten
- KNOP laten verlengen
- Flexibiliteit, zelf weten wanneer, niet iedereen wil weer zo vroeg of twee keer in de week
- Goed weten wat ieders handicap is.
- Seniorfit een optie
- Zelfmanagement hoe doen in eigen omgeving? Stok achter de deur hebben is toch wel prettig.

Vraag 2: Wat mist er nog aan het programma?

- Krachttraining
- Handvatten voor thuis meegeven, toevoegen in programma
- HOS

Uitgebreid gehad over het punt HOS, hoe zien zowel therapeuten als de deelnemers dit voor zich. Meerdere ideeën op tafel. Uiteindelijk lijken simpele kracht en functionele oefeningen het beste idee.

Vraag 3: wat vinden jullie van de Vragenlijst Tevredenheid Deelnemers?

Geen opmerkingen, geeft duidelijk beeld over het programma en organisatie er om heen.

KNOP bijeenkomst 4

Welke vragen zijn geformuleerd?

1. Welke personen raad je het programma aan?
2. Zijn er nog ideeën over de in- en exclusie criteria van het programma?
3. Evaluatie.

Wat is er gedaan om te divergeren en convergeren?

Ten eerste werd er begonnen met divergerend denken. Ieder groep kreeg na de vraag een paar minuten om samen alle ideeën op te schrijven die in hun opkwamen. Nadat iedereen alles had opgeschreven werden de ideeën op tafel gegooid door de twee groepen. Uiteindelijk werden de opvallendste of belangrijkste ideeën uitgekozen om verder over te discussiëren, zodat er vanaf dat punt meer convergerend werd gedacht.

Wat zijn de tips en tops?

Tops

Duidelijke 1^e vraag waar veel discussie uitkwam, dit was mooi om te zien. Uiteindelijk was iedereen het met elkaar eens dat het programma niet voor fitte 65+'ers is. Daarnaast kun je in de evaluatie zien wat de deelnemers als prettig ervoeren.

Tips

Ik had deze bijeenkomst weer iemand eerder kunnen onderbreken, diegene gaf informatie die niet relevant was voor het onderwerp. Uiteindelijk heb ik herhaald wat meneer had gezegd en ben ik toen verder gegaan, dit was een goede strategie om hem van het praten af te krijgen. Daarnaast kun je in de evaluatie zien wat de deelnemers als verbeterpunten gaven.

Wat zijn de resultaten op de vragen?

Vraag 1)

Voor personen die op dit moment niet actief genoeg zijn, want voor personen die 65 en actief zijn is dit programma te makkelijk. Leeftijd verhogen naar 70+'ers. Persoon met een hulpmiddel (stok) in de groep is niet vervelend, juist mooi om te zien hoe grote stappen zo'n iemand maakt. Rollator wordt wel wat ingewikkeld met alle oefeningen.

Vraag 2)

Leeftijd naar 70+, hulpmiddel stok kan rollator niet.

Notulen van de bijeenkomst:

Datum, tijd, locatie: 12-12-2016, 8.30, Paramedics Assen

Aanwezig: Regien, Jessica, Dhr. Bos, Mw. Fryns & Jonneke

De strategie die is gebruikt voor de bijeenkomsten twee en drie werkte goed, iedereen kwam evenveel aan het woord. Deze strategie werd voortgezet in bijeenkomst 4.

Vraag 1 : Wie raad je het programma aan?

- 70+ categorie
- Per beperking indelen? Inhaken op beperking. Uiteindelijk tot de conclusie dat daar voor deze groep prima was. Iedereen had zo zijn eigen beperking, maar niks was irritant.
- Geen gebruik van rollator tijdens programma -> in-exclusie criteria, stok kan wel. Als persoon maar zelfstandig oefeningen kan uitvoeren.
- Personen die op dit moment niet actief genoeg zijn

In-exclusie criteria niet anders. Wat iedereen aangeeft is dat op de leeftijd van de deelnemers iedereen wel iets heeft en het dus goed is om van elkaar te weten wat, zodat iedereen er rekening mee kan houden.

Evaluatie KNOP-bijeenkomsten

In de laatste bijeenkomst heb ik gevraagd wat iedereen van de bijeenkomsten vond. Hier kwam de volgende goede punten uit:

- Iedereen vond de samenwerking prettig
- Iedereen in de groep kwam genoeg aan het woord, om zijn/haar mening te geven
- Therapeuten geven aan dat de werkstrategie tijdens de bijeenkomst goed is veranderd na de 1^e bijeenkomst. Hier merkten we dat meneer Bos voornamelijk al zijn verhalen wilden vertellen, die eigenlijk niet allemaal van belang waren.
- Samen over het programma praten om veranderingen en tips/tops te kunnen aanbrengen was prettig. Zo kon er rustig geëvalueerd worden en nam iedereen ook zijn tijd.

De volgende verbeterpunten kwamen aan de orde:

- Meer voorbereidingstijd. Iedereen in de groep had graag van te voren gezien welke punten besproken zouden worden.

Over het algemeen waren alle deelnemers van de KNOP bijeenkomst tevreden over de samenwerking en de inspraak die ze hadden.