

Stichting Philadelphia

Leef gezond, heel het jaar rond!

Actie-onderzoek naar het effect van persoonlijke interventies om gezonde leefstijl te bevorderen bij mensen met een licht tot matig verstandelijke beperking



Auteurs: Marjel Brakke, Lisanne Vlastuin, Marit Bos
HBO-Verpleegkunde, Hogeschool Viaa
Docent: Maarten van Garderen
Opdrachtgever: Karin Volkers van Philadelphia
Datum: september 2015 – mei 2016
Zwolle



Auteurs:	Marjel Brakke (VVV4A3), Lisanne Vlastuin (VVV4A3), Marit Bos (VVV4A4)
Begeleidend docent:	Maarten van Garderen, Hogeschool Viaa
Opdrachtgever:	Karin Volkers, Philadelphia
Datum:	23 mei 2016
Locatie:	Zwolle

Samenvatting

Leefstijl bij mensen met een verstandelijke beperking is een veelbesproken thema in de Nederlandse samenleving. Ook bij Stichting Philadelphia Zorg (Philadelphia) wordt er aandacht geschonken aan leefstijl bij deze doelgroep. Vanuit de instelling is de opdracht gegeven om op één locatie onderzoek te doen naar mogelijke interventies om de gezonde leefstijl te bevorderen.

Als hoofdvraag is geformuleerd:

Wat is de invloed van persoonlijke interventies, toegepast op de licht tot matig verstandelijk beperkte cliënt om de gezonde leefstijl te bevorderen?

Om antwoord te geven op de hoofdvraag, worden de volgende deelvragen beantwoord:

- *Hoe is de leefstijl aan het begin van het onderzoek, de nulmeting?*
- *Welke persoonlijke doelen stellen de cliënten omtrent hun leefstijl?*
- *Welke factoren spelen mee bij het wel of geen effect hebben van een interventie?*
- *Hoe is de leefstijl veranderd aan het eind van het onderzoek ten opzichte van de nulmeting?*

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de methode *actie-onderzoek*. Er heeft een continu proces van communicatie en overleg plaatsgevonden tussen de cliënten, begeleiders en onderzoekers.

Elke cliënt heeft een persoonlijke coach toegewezen gekregen. De leefstijl is geïnventariseerd door onderdelen van de VB-fitscan en vragenlijsten omtrent voeding en beweging af te nemen, observaties te doen en gesprekken te voeren met de cliënten. Dit heeft geresulteerd in verschillende interventies die persoonlijk op de cliënten zijn afgestemd. De cliënten zijn geobserveerd door onderzoekers en begeleiders en de metingen van de VB-fitscan zijn opnieuw uitgevoerd om eventuele resultaten te meten.

Geconcludeerd kan worden dat persoonlijke interventies een grote rol hebben in de bevordering van een gezonde leefstijl. Persoonlijke afstemming is een belangrijke factor om de interventies te laten slagen. Door persoonlijk contact ontstaat er namelijk duidelijkheid voor de cliënt en wordt de motivatie vergroot. De rol van de coach is hierin erg belangrijk aangezien zij de cliënten actief moeten motiveren en de interventies moeten herhalen om zo de cliënten optimaal te kunnen ondersteunen.

Abstract

The lifestyle of people with an intellectual disability is a much debated subject in the Netherlands. Consequently, the Philadelphia Care Foundation pays attention to the way this group of people live. The institution provided the assignment to examine possible interventions to stimulate a healthy lifestyle.

The research question is formulated as follows:

What is the influence of personal interventions to improve a healthy lifestyle in people with a mild to moderate intellectual disability?

To answer this question, the following sub questions will be answered:

- *How is the lifestyle at the beginning of the experiment, at the baseline measurement?*
- *Which personal aims do the clients have considering their lifestyle?*
- *Which factors play a role whether or not the intervention is effective?*
- *How has the lifestyle changed at the end of the experiment compared to the baseline measurement?*

This experiment is conducted using the action research method. There has been a continuous exchange of communication and consultation between the clients, the caregivers and the researchers.

Lifestyle is measured by means of executing parts of the VB-fitscan, administering questionnaires about nutrition and exercising, carrying out observations and having conversations. This resulted in several sorts of interventions that have been adjusted personally to the people with an intellectual disability. Also the clients have been observed by caregivers and researchers. Furthermore, the measurements of the VB-fitscan were carried out a second time to measure potential outcomes.

It can be concluded that personal interventions have a great influence on the improvement of a healthy lifestyle. Personal adjustment is an important factor for interventions to succeed, because personal contact clarifies matters for clients and motivates them as well. The coaches play a very important role in this process, since they have to motivate the clients actively while repeating the interventions in order to optimally support them.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Abstract	5
Voorwoord	9
1 Inleiding	10
1.1 Aanleiding en context	10
1.2 Probleemstelling, vraagstelling, doelstelling	11
1.3 Verpleegkundige relevantie	12
1.4 Leeswijzer	13
2 Theoretische onderbouwing probleemstelling	14
2.1 Goede voeding	14
2.2 Voldoende beweging	15
2.3 Uitwerking doelgroep	17
2.4 State of art	18
2.5 Conclusie	19
3 Projectopzet	20
3.1 Methode	20
3.2 Steekproef	22
3.3 Gegevensverzameling	22
3.4 Analyse	24
3.5 Ethische aspecten	25
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	25
4 Resultaten	27
4.1 Kwalitatieve data	27
4.2 Kwantitatieve data	36
5 Conclusie	38
5.1 Conclusie	38
5.2 Discussie	41
Inhoudelijk	41
Methodologisch	42
Eigen rol onderzoekers	43
5.3 Aanbevelingen	44
Micro	44
Meso	44
Macro	44
Bibliografie	47
Bijlagen	50

1) Verslag contractgesprek.....	50
2) Vragenlijst Voeding.....	52
3) Vragenlijst Bewegen.....	55
4) Observatiepunten.....	57
5) Logboek	58

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het eindverslag van het onderzoek 'Gezonde leefstijl bij mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking'. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Philadelphia op een woongroep in Amersfoort. Voor ons als onderzoekers staat dit onderzoek in het kader van het afstudeersemester van de HBO-Verpleegkunde aan Hogeschool Viaa te Zwolle. Met dit onderzoek sluiten we een periode af waarin we veel geleerd hebben. We hebben het erg naar onze zin gehad en zijn trots dat we in dit verslag onze vaardigheden rondom het onderzoek doen kunnen laten zien.

Er zijn verschillende mensen die hebben bijgedragen aan het verloop en de afronding van dit onderzoek. Vanaf deze plaats willen wij hen hartelijk bedanken. Allereerst bedanken wij Maarten van Garderen die ons begeleid heeft bij het proces van dit onderzoek. Zijn feedback heeft eraan bijgedragen dat het eindverslag steeds beter en vollediger werd. Ook bedanken we Reina Timmer als tweede beoordelaar voor haar objectieve blik. Daarnaast bedanken we de mensen van Philadelphia die ons geholpen hebben tijdens het onderzoek. Als eerste de cliënten met wie we gedurende het hele onderzoek hebben gewerkt. Vervolgens de begeleiders die ons tijdens het onderzoek hebben ondersteund door de cliënten dagelijks te begeleiden en hun belangstelling te tonen voor dit onderzoek. In het bijzonder willen we hier Janine noemen die, als aandachtsfunctionaris voeding en beweging, een expliciete rol heeft gespeeld binnen het praktijkgedeelte. En tenslotte Karin Volkers die ons op afstand heeft begeleid in het belang van de organisatie en dus de grote lijnen van het onderzoek voor ons heeft vormgegeven.

De namen van de cliënten die genoemd zijn in dit document zijn gefingeerd in verband met privacy.

Als er nog vragen zijn naar aanleiding van dit eindverslag, horen wij deze graag!

Marjel, Lisanne en Marit

23 mei 2016, Zwolle

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en context

‘Sporten is gezond, ook voor mensen met een beperking. Het geeft mensen zelfvertrouwen en stimuleert dat ze grenzen verleggen en deelnemen aan de samenleving (Rijksoverheid, sd).’

Leefstijl bij mensen met een verstandelijke beperking is een veelbesproken thema in de Nederlandse samenleving. Een gezonde leefstijl omvat niet roken, minimaal 30 minuten bewegen per dag, gezonde voeding en het vermijden van stress (Hartstichting, Leefstijl, 2016). De Rijksoverheid geeft op haar website informatie over het belang van sporten voor mensen met een beperking en het huidige beleid op dit gebied. Ook bij Philadelphia wordt er aandacht geschonken aan leefstijl bij deze doelgroep.

Vanuit de instelling is de opdracht gegeven om onderzoek te doen naar mogelijke interventies om de gezonde leefstijl te bevorderen. De reeds uitgevoerde interventies, met betrekking tot beweging en voeding, hebben tot nu toenamelijk nog onvoldoende resultaat opgeleverd. Zoals gezegd vindt Philadelphia een gezonde leefstijl erg belangrijk en hierin wil zij graag verder investeren. Dit onderzoek sluit dan ook aan bij de missie en visie van Philadelphia waarin wordt beschreven dat Philadelphia ernaar streeft dat cliënten gelukkig kunnen zijn en het beste uit zichzelf kunnen halen (Philadelphia, 2015). Hierbij is het belangrijk dat de cliënt centraal staat. Dit is dan ook het uitgangspunt van het onderzoek.

Een gezonde leefstijl is voor iedereen belangrijk: het heeft een positieve invloed op de mentale gezondheid, zorgt voor betere sociale vaardigheden, een betere coping van stress en helpt depressies te voorkomen (Robben, 2007). Daarnaast heeft sport specifieke effecten op mensen met een beperking. ‘Sport kan een middel zijn om de draagkracht bij personen met een beperking te verhogen. Toename van spierkracht en coördinatie verbeteren het functioneren van de ledematen. Sport zorgt hiermee voor een toename van zelfstandigheid en zelfvertrouwen en verhoogt de bewustwording van de eigen capaciteiten’ (van der Woude, 2001, p. 38). De begeleiding die hierin gegeven wordt, zal actief en intensief moeten zijn omdat de beperking invloed heeft op de mate waarin de voorlichting begrepen wordt (Metselaar, 2015). Een voorlichting op maat is dus erg belangrijk in dit onderzoek.

Op de locatie wonen cliënten van 18 tot 45 jaar met een licht tot matig verstandelijke beperking. Hier heeft een pilot plaatsgevonden om leefstijl van de bewoners duurzaam te verbeteren en het effect van de interventie te meten. Er is onderzoek gedaan naar de uitkomsten hiervan. Uit het onderzoek zijn een aantal succesfactoren en valkuilen duidelijk geworden voor het kiezen van de juiste leefstijlinterventies (Janson, Stoetman, & Lamein, 2015, p. 21). Succesfactoren zijn

motiverende en stimulerende begeleiders, ondersteuning van sportprofessionals en een duidelijke en goede voorbereiding voor de cliënten. Valkuilen zijn onder andere: te grote doelen stellen, begeleiders met weinig affiniteit met sport en bewegen en te weinig evaluatie van de interventie. De vraag die voortgekomen is vanuit dit onderzoek is hoe er in de praktijk rekening gehouden kan worden met deze succesfactoren en valkuilen.

Dit onderzoek zal een vervolg zijn op het zojuist beschreven onderzoek. De vraag vanuit Philadelphia is om specifiek aandacht te hebben voor persoonlijke interventies. Wat bij de ene cliënt werkt, hoeft bij de andere cliënt niet te werken. Het is de bedoeling dat er per cliënt gekeken wordt welke interventie effect heeft. Het onderzoek zal zich dus vooral concentreren op het motivationeel gebied waarbij gekeken wordt naar het individu. Hoe kunnen de cliënten geholpen worden om hun leefstijl te veranderen in een gezondere leefstijl die aansluit bij hun persoonlijke motivatie en mogelijkheden? Hierbij zal rekening worden gehouden met de succesfactoren en valkuilen die uit het vorige onderzoek zijn gekomen. Er zal per cliënt gekeken worden welke interventie hij of zij nodig heeft zodat hij of zij goed voorbereid is, voldoende gemotiveerd is om het vol te houden en waarbij het doel haalbaar is voor diegene. Hierbij zal ook de begeleiding een belangrijke rol spelen. Dit is besproken tijdens het eerste gesprek met opdrachtgever van het onderzoek (zie bijlage 1). Na deze inventarisatie is de probleemstelling van dit onderzoek duidelijk geworden. Deze zal hieronder nader beschreven worden.

1.2 Probleemstelling, vraagstelling, doelstelling

Na verschillende gesprekken met de opdrachtgever en begeleiders is de volgende probleemstelling geformuleerd:

De begeleiders van de cliënten hebben onvoldoende inzicht in de effectiviteit en toepasbaarheid van de interventies per cliënt om een gezonde leefstijl te bevorderen.

Dit blijkt ook uit het onderzoek dat is gedaan door Janson, Stoetman en Lamein(2015). Zo zijn er vanuit dat onderzoek wel beweegplannen opgesteld maar de interventies zijn niet voldoende afgestemd per cliënt waardoor op dit moment de doelen niet haalbaar zijn. Als hoofdvraag is vervolgens geformuleerd:

Wat is de invloed van persoonlijke interventies, toegepast op de licht tot matig verstandelijk beperkte cliënt om de gezonde leefstijl te bevorderen?

Om antwoord te geven op de hoofdvraag, worden de volgende deelvragen beantwoord:

Hoe is de leefstijl aan het begin van het onderzoek, de nulmeting?

Welke persoonlijke doelen stellen de cliënten omtrent hun leefstijl?

Welke factoren spelen mee bij het wel of geen effect hebben van een interventie?

Hoe is de leefstijl veranderd aan het eind van het onderzoek ten opzichte van de nulmeting?

Het doel wat nagestreefd wordt in dit onderzoek bestaat uit drie aspecten. Ten eerste om de begeleiders van de cliënten op de locatie voldoende inzicht te geven in de effectiviteit en toepasbaarheid van de interventies per cliënt om een gezonde leefstijl te bevorderen. Ten tweede wordt er een leefstijlverbetering beoogd bij de individuele cliënt. Tenslotte wordt er door de onderzoekers een advies uitgebracht aan de begeleiders over het effect van persoonlijke interventies op leefstijl.

1.3 Verpleegkundige relevantie

Het is erg belangrijk en relevant dat dit onderzoek wordt uitgevoerd. De verpleegkundige heeft namelijk een grote verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van de cliënten. Vanuit het Neuman systems model wordt gesteld dat er primaire, secundaire en tertiaire preventie moet worden toegepast (Verberk de, 2006). Lichamelijke vitaliteit bevorderen is een belangrijke interventie als het gaat om deze drie vormen van preventie. Ook in het concept van de nieuwe definitie van gezondheid van de Gezondheidsraad en ZonMw wordt genoemd dat het bevorderen van de lichamelijke beweging erg belangrijk is:

'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges' (Godlee, 2011).

Dit onderzoek is ook relevant voor het verpleegkundig beroep als het gaat om de aandacht die er is voor de CanMEDS-rollen (V&VN, 2012). De CanMEDS-systematiek wordt gebruikt om verschillende rollen van zorgprofessionals te beschrijven. Zo wordt er van de onderzoekers gevraagd op te treden in de rol van organisator, professional en kwaliteitsbevorderaar, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve professional en gezondheidsbevorderaar. Deze laatstgenoemde rol heeft een centrale plek gekregen bij het uitvoeren van dit onderzoek. Het uiteindelijke doel is immers om een gezonde leefstijl te creëren per cliënt. Deze verschillende rollen zullen in de toekomst steeds meer gevraagd worden van een HBO-verpleegkundige. Daarnaast is dit onderzoek relevant voor de leerling-verpleegkundigen die dit hebben uitgevoerd. Het is een belangrijke rol van de verpleegkundige om een bijdrage te leveren aan kwaliteit van zorg. De onderzoekers hebben laten zien dat zij competent zijn in het doen van onderzoek. Tenslotte heeft dit onderzoek een maatschappelijke relevantie. Wanneer een

onderzoek oplossingen voor mensen of groepen mensen in de maatschappij aandraagt, is het maatschappelijk relevant (Bakker & van Buuren, 2009). Voor dit onderzoek bestaat die groep uit de cliënten die wonen op de locatie.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven. Daarin wordt weergegeven welke kennis er uit de literatuur is over dit onderwerp en hoe de probleemstelling theoretisch onderbouwd is. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de methode die gebruikt is bij het uitvoeren van het onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van het onderzoek, waarbij ingegaan wordt op individuele cliënten maar ook op de groep als geheel. Uiteindelijk wordt er in hoofdstuk 5 een conclusie getrokken en komen de discussie en de aanbevelingen aan de orde.

2 Theoretische onderbouwing probleemstelling

Een 'gezonde leefstijl' omvat verschillende aspecten(Thuisarts, 2014)(Hartstichting, Leefstijl, 2016): Goede voeding, voldoende beweging, niet te veel alcohol drinken, niet roken en het vermijden van stress. Goede voeding is gunstig voor het cholesterolgehalte, bloeddruk en lichaamsgewicht. Lichaamsgewicht moet altijd bekeken worden in combinatie met de lengte en de leeftijd. Hieruit kan de BMI worden berekend. Een gezond BMI zit tussen de 18,5 en 24,9. Daarnaast is het voor de gezondheid belangrijk om te weten waar het lichaamsvet gelokaliseerd is. Vet in en rond de buik is nadelig voor je gezondheid. Als het BMI en de buikomvang niet dezelfde uitkomst geeft, kan het beste het resultaat van de buikomvangaangehouden worden, omdat deze het extra risico van te veel buikvet meeneemt(Stichting Voedingscentrum Nederland, 2016). Voldoende beweging houdt het hart en de bloedvaten in conditie, verlaagt de bloeddruk en het cholesterolgehalte, tenslotte helpt het ook bij een gezond lichaamsgewicht. Volgens de nieuwe Richtlijnen Schijf van Vijf is het goed om alcohol te vermijden maar eventueel maximaal 1 glas per dag te drinken(Voedingscentrum, 2016). Dit in tegenstelling tot het matige alcoholgebruik wat voorheen werd geadviseerd. Roken is een risicofactor voor hart- en vaatziekten zoals angina pectoris, hartinfarct, beroerte en vernauwingen van de beenslagaders. Tenslotte verhoogt langdurige stress ook het risico op hart- en vaatziekten.

Gezonde leefstijl is ook voor mensen met een verstandelijke beperking erg belangrijk omdat er regelmatig sprake is van multiële gezondheidsproblemen waardoor de functionele gezondheid vroegtijdig achteruit gaat (Shoufour, Echteld, & Evenhuis, 2015). Dit onderzoek is toegespitst op twee aspecten van de gezonde leefstijl namelijk: goede voeding en voldoende beweging. Daarnaast zal er een beschrijving volgen van de specifieke doelgroep op de locatie.

2.1 Goede voeding

Gezonde voeding is een hot item op dit moment. Er worden veel onderzoeken naar gedaan, er wordt veel over geschreven en er zijn vele diëten die beweren in een gezonde leefstijl te passen. In dit onderzoek zijn de uitgangspunten omtrent voeding *De Richtlijnen Goede Voeding* (Gezondheidsraad, 2015)in combinatie met de Schijf van Vijf van Voedingscentrum Nederland die door Philadelphia is aangepast voor de cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking. Gezonde voeding is namelijk net zo belangrijk voor mensen met een verstandelijke beperking als voor de 'normale' bevolking(Buntinx, 2002). Zij zijn bovendien een kwetsbare groep en gezonde voeding verhoogt de weerstand en vermindert de lichamelijke achteruitgang bij deze groep mensen.

In *De Richtlijnen Goede Voeding* worden verschillende adviezen gegeven omtrent het eetpatroon die zijn verwerkt in een nieuwe Schijf van Vijf. Zo wordt aangeraden om minimaal 200 gram

groente en 200 gram fruit per dag te eten. Ook hebben volkoren graanproducten en zachte vetten en olie de voorkeur. Er wordt geadviseerd om niet meer dan 500 gram vlees te eten maar wel elke week vis te eten. Ook zuivel wordt aanbevolen maar het is belangrijk om het zout en de frisdranken te beperken. Daarnaast zijn er nog aanvullende adviezen gegeven, die worden verwerkt in de nieuwe Schijf van Vijf. Peulvruchten, ongezouten noten en groene of zwarte thee krijgen een plaats in een gezond voedingspatroon. Daarnaast wordt er afgeraden om alcohol te drinken en het is ook goed om de vruchtensappen te minderen. Tenslotte wordt gefilterde koffie aanbevolen boven de ongefilterde koffie.

Om op een goede manier om te gaan met het verbeteren van het voedingspatroon bij mensen met een verstandelijke beperking is het belangrijk om regelmatig op het onderwerp 'gezonde voeding' terug te komen. Door herhaling van wat er gezegd wordt, zal het beter begrepen en ook onthouden worden. Het is belangrijk om eenduidig te zijn als het gaat om de verschillende eetmomenten en altijd dezelfde afspraken die zijn gemaakt toe te passen. Op deze manier wordt verwarring voorkomen. Tenslotte is het belangrijk om in begrijpelijke taal te praten (DeWinter, 2015). Dit is een goed uitgangspunt om de interventies te doen slagen. Met betrekking tot de voeding is het gewenst om een individueel voedingsplan op te stellen omdat verschillende factoren mee kunnen werken aan een slechte voedingstoestand. Denk hierbij aan persoonlijke factoren (zoals stress of weinig inzicht in voeding), gebruik van medicatie, spierspanning, epilepsie of osteoporose (Buekers, 2013). Door met al deze factoren rekening te houden kan een uitgebalanceerd voedingsplan worden opgesteld wat past bij die persoon met zijn of haar achtergrond.

2.2 Voldoende beweging

Om een goede gezondheid te behouden is het gewenst tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging te hebben (NISB, 30 minuten bewegen, 2015). Voor kinderen, jongeren en mensen met overgewicht is het gewenste aantal minuten per dag tenminste 60. De duur mag opgesplitst worden in blokjes van minimaal 10 minuten. Het is de bedoeling dat tijdens deze lichaamsbeweging de hartslag en ademhaling iets verhoogt. Voldoende beweging is erg gezond en ook voor mensen met een verstandelijke beperking zijn er verschillende positieve effecten. Als mensen met een verstandelijke beperking meedoen aan een beweegprogramma waarin er gericht wordt op het meer bewegen binnen het dagelijks algemene leven, ontstaat er een verbeterde motoriek doordat de spiergroepen worden versterkt (Nijhuis-van der Sanden, 2011). Ook verbetert de conditie, gaat de werkingssnelheid van het zenuwstelsel omhoog en wordt de coördinatie van de bewegingen verbeterd (Berkel van, 2006). Er is nog niet onderzocht hoe de invloed van bewegen op cognitieve functies werkt bij mensen met een verstandelijke beperking maar uit grootschalige onderzoeken blijkt wel dat er

zeker een relatie is tussen lichamelijke activiteit en het cognitief functioneren (Calders, 2012, p. 247). Bij voldoende lichamelijke activiteit zouden het leervermogen omhoog gaan en er minder depressieve gevoelens aanwezig zijn.

Al met al is er dus wel voldoende bewijs dat het voor mensen met een verstandelijke beperking erg goed is om voldoende te bewegen om zo gezondheidsrisico's te vermijden. Maar er blijkt ook uit wetenschappelijk onderzoek dat de internationale criteria voor fysieke activiteit en fitheid voor deze populatie naar beneden bijgesteld zouden moeten worden (Evenhuis, 2013). Hier is nog verder onderzoek voor nodig. Hieruit blijkt dat er geen algemene uitspraken over de beweegnormen gedaan kunnen worden en aanpassing aan iemand zijn of haar persoonlijke leefomgeving erg belangrijk is. De doelen hoeven niet maximaal te zijn, maar moeten optimaal ingezet kunnen worden. Er is nog weinig internationaal gedegen onderzoek gedaan naar de invloed van sport op de fitheid van mensen met een verstandelijke beperking. Uit het onderzoek van M. Schijndel van-Speet, e.a. (2013) dat is gedaan, blijkt dat de maximale inspanningstolerantie vrij laag ligt. Dit kan komen door de fysiologische beperkingen maar het kan mogelijk ook te maken hebben met het feit dat de sporter en/of de onderzoekende sportarts al snel tevreden zijn. Binnen bovengenoemd onderzoek is er wel een fitheidsprogramma opgezet waarin de professionals specifiek werden geschoold en nauw waren betrokken bij het programma. Het programma werd acht maanden lang succesvol uitgevoerd en toen werden de eerste positieve effecten gemeten op fitheid en gezondheid. Dit fitheidsprogramma had wel effect maar hiermee is er nog onvoldoende bewijs om algemene uitspraken te kunnen doen. Als reactie hierop is het onderzoek 'Gezond ouder met een verstandelijke beperking (GOUD)' opgezet. Er was volgens de onderzoekers namelijk verder onderzoek nodig om duidelijk weer te geven wat de uitvoerbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van fittesten zijn (OnbeperktGezond, 2013). Naar aanleiding van dit onderzoek kwam de vraag naar een korte fitheidstest, geschikt voor een brede doelgroep met een verstandelijke beperking die door fysiotherapeuten in het hele land gebruikt kan worden (Stichting Onbeperkt Sportief, 2013). In deze zogenaamde VB-fitscan wordt beschreven dat de scan gebruikt kan worden bij het opstellen van een individueel risicoprofiel als basis voor behandeling of interventie (Hilgenkamp & Oppewal). Met de VB-fitscan kan de fitheid van mensen met een verstandelijke beperking dus op een meer betrouwbare manier worden onderzocht. Wel moet gesteld worden dat deze test nog niet volledig is, omdat er bij voldoende onderbouwing nog testen aan toegevoegd zullen worden om een completer beeld te krijgen.

Er wordt dus vooral duidelijk dat de literatuur niet eenduidig is over mogelijke beweeginterventies van goede intensiteit. Hieruit wordt langzamerhand duidelijk dat

actieonderzoek een goede methode is om dit onderzoek uit te voeren. Bovendien is een individuele benadering belangrijk om de gezonde leefstijl te stimuleren.

2.3 Uitwerking doelgroep

De doelgroep bestaat uit cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking. Dit houdt in dat de cliënten een IQ hebben van 35/40 tot 70(RIVM, 2014). Daarnaast is het IQ wel een vereiste, maar geen voldoende voorwaarde voor de diagnose 'verstandelijke beperking'. Er moet ook een beperking in conceptuele, praktische en/of sociale vaardigheden aanwezig zijn. De *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* onderscheidt vier niveaus waarin mensen met een verstandelijke beperking ondersteuningsbehoefte hebben(Schalock, Borthwick-Duffy, Bradley et al, 2010). Het varieert van 'intermittent' (alleen op bepaalde momenten) tot 'pervasive' (constant en zeer intensief) ondersteuning. Dit hangt onder andere af van de omgeving waarin iemand verkeert en of er bijkomende stoornissen en beperkingen zijn. Dus de onderzochte doelgroep heeft een verlaagd IQ in combinatie met andere beperkingen. De persoonlijke factoren waar rekening mee gehouden moet worden, worden besproken tijdens de gesprekken met begeleiders. Er zijn nog anderefactoren waar rekening mee gehouden moet worden bij dit onderzoek als het gaat om het vermogen van de cliënten om keuzes te maken omtrent hun leefstijl(Smyth & Bell, 2006). Zo spelen ookde cognitieve capaciteiten van het individu mee in het feit hoe bekwaam iemand is om keuzes te maken. Hierbij is het dus belangrijk om te kijken naar de mate van de beperking waar iemand mee te maken heeft. Ook kan het zo zijn dat wanneer iemand te weinig gelegenheid krijgt om keuzes te maken wat betreft leefstijl, dit invloed heeft op het vermogen om dat daadwerkelijk te doen. Daarnaast is het voor mensen met een verstandelijke beperking erg belangrijk dat zij zich gesteund voelen in het maken van de keuzes. Anders zal hen dit belemmeren om te kiezen voor een gezonde leefstijl. Tenslotte zorgt gebrek aan kennis over hoe men aan informatie moet komen voor de verschillende keuzemogelijkheden ervoor dat het voor mensen met een verstandelijke beperking moeilijk is om keuzes te maken. Hierbij is het ook belangrijk om complimenten te maken naar de cliënten toe zodat de successen van de cliënt bevestigd worden en dus de sterke kanten van de cliënt versterkt worden(Teggelaar, Bosch van den, & Monster, 2008, p. 50). Als de begeleiders uitstralen dat ze in een cliënt geloven en ervan uitgaan dat de cliënt zal slagen in zijn of haar doelen, dan bestaat de kans dat de cliënt ook meer in zichzelf gaat geloven. Hierin speelt de motivatie van de cliënt een grote rol. Om te handelen is namelijk een bepaalde motivatie nodig. In het schema hierna is duidelijk weergegeven welke motivatie tot welke handelswijze leidt.

WAARNEMING	TAXATIE	EMOTIE	MOTIVATIE
Zichtbare sociale beloning bij eerste stapjes	Bevrediging Succes Beloning	Blij	Verder doen
Onverwachte snelle beweging	Bedreiging	Bang	Vluchten, verstijven, bescherming zoeken

Figuur 1 - (Vertriest, J., 2005)

Als iemand met een licht tot matig verstandelijke beperking bevrediging ervaart en dus blij wordt, zal dit hem of haar helpen om door te gaan met de huidige handelwijze. Wanneer iemand daarentegen bedreiging ervaart door een onverwachte snelle beweging, zal dit leiden tot vluchten, verstijven of het zoeken van bescherming. Met deze aspecten van motivatie zal expliciet rekening worden gehouden tijdens dit onderzoek.

Ook is het belangrijk om de doelen voor de cliënt niet SMART te stellen (Teggelaar, Bosch van den, & Monster, 2008). Dit werd ook bevestigd door het onderzoek dat voorafgaand aan dit onderzoek is uitgevoerd op de locatie (Janson, Stoetman, & Lamein, 2015). Dit vraagt een andere denkslag van de onderzoekers. Bij het opstellen van SMART doelen wordt er namelijk snel weerstand opgeroepen, worden kleine stapjes op weg naar het doel vaak niet gevierd met de cliënt en kan het niet bereiken van het doel leiden tot een gevoel van falen bij de begeleiding. Oftewel: wat er bij SMART-doelen wordt gewonnen aan doelgerichtheid, wordt verloren aan waarnemingsvermogen. Continu aanpassen aan de situatie waarin iemand zich op dat moment bevindt is dus essentieel. Tenslotte is het belangrijk om rekening te houden met stages of change (Prochaska & Velicer, 1997) waarin de cliënt zich bevindt. Hieruit blijkt dat de cliënten zich goed bewust moeten zijn van het nut van de verandering in hun leefstijl. Het is belangrijk om de nadelen en voordelen door te spreken van het huidige gedrag en vervolgens is een goede voorbereiding nodig. Door de interventie samen met de cliënt te bedenken zal de terugval minder groot zijn omdat aanpassing in de interventie mogelijk is.

2.4 State of art

Op de locatie heeft er onder de cliënten een pilot plaatsgevonden omtrent een gezonde leefstijl (Janson, Stoetman, & Lamein, 2015). In dit onderzoek is dezelfde groep cliënten betrokken. De pilot heeft zich vormgegeven in een voedingscursus op basis van de Schijf van Vijf, het opstellen van individuele beweegplannen en het organiseren van gezamenlijke beweegactiviteiten. De voedingscursus had als doel de cliënten bewuster te maken, waardoor ze gezonde keuzes zouden kunnen maken. De individuele beweegplannen zijn opgesteld aan de hand van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014) en hadden als doel dat iedere cliënt uiteindelijk 30 minuten matig intensief beweegt op minimaal

vijf dagen per week. De gezamenlijke beweegactiviteiten hebben vorm gekregen in een sportles op iedere donderdagavond waar een buurtsportcoach bij aanwezig is. Daarnaast hebben de begeleiders het organiseren van één gezamenlijke beweegactiviteit per week op zich genomen.

Uit deze pilot zijn een aantal succesfactoren en valkuilen naar voren gekomen. De begeleiding heeft een essentiële rol in het wel of niet slagen van een interventie. Voor begeleiders die geen affiniteit met sport en bewegen of hier weinig kennis over hebben, kan het moeilijk zijn om beweegactiviteiten te verzorgen. Hierbij zou een buurtsportcoach goed ondersteuning kunnen bieden. Daarnaast is het van belang dat de cliënten en begeleiders duidelijkheid krijgen in wat er gaat gebeuren. Dit zorgt voor minder weerstand tijdens het proces van de interventie. Voor de cliënten bleek het lastig te zijn om doelstellingen SMART te formuleren. Wel is het van belang om de doelstellingen klein en concreet te houden. Om interventies met betrekking tot leefstijl een grotere kans van slagen te bieden is het belangrijk om betrokkenen bij de interventie op de hoogte te blijven houden tijdens het proces. Hiervoor kan één duidelijk aanspreekpunt van de locatie de communicatie tussen onderzoekers en begeleiders bevorderen. Tenslotte is het voor de duurzaamheid van de interventie van belang om deze zo onafhankelijk mogelijk vorm te geven, zodat de interventie volgehouden zal kunnen worden wanneer externe partijen uitvallen.

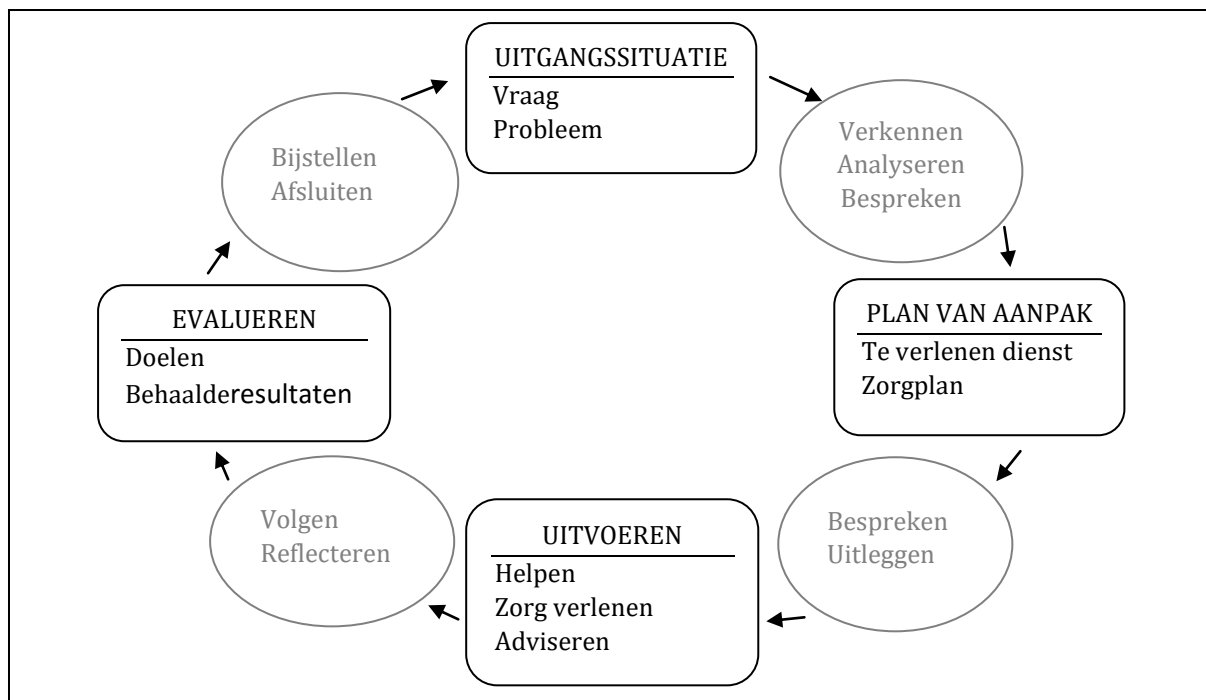
2.5 Conclusie

Als het gaat om goede voeding is het dus belangrijk om uit te gaan van *De Richtlijnen Goede Voeding* en de Schijf van Vijf die speciaal toegespitst is op deze doelgroep. De literatuur zegt dat het nodig is om een half uur matig intensief te bewegen op vijf dagen per week. Voor deze doelgroep wordt rekening gehouden met hun mogelijkheden en beperkingen. De interventie in het bewegingspatroon zal afgestemd moeten worden op de individuele cliënt, oftewel de cliënt optimaal te laten bewegen in plaats van maximaal. Wat betreft de doelgroep wordt de begeleiding afgestemd op het IQ, de sociale vaardigheden en de motivatie.

3 Projectopzet

3.1 Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de methode *actie-onderzoek*. Actie-onderzoek is een tak van onderzoek met een aantal specifieke kenmerken, die in overeenstemming zijn met dit onderzoek. Het doel van het onderzoek vraagt om een dergelijke aanpak. Ten eerste is de onderzoeksvraag voortgekomen vanuit de praktijk. Ten tweede is het uitgevoerd in samenwerking met de cliënten, begeleiders en andere betrokkenen of belanghebbenden. Ten derde was het onderzoek gericht op het genereren van bruikbare kennis. Tenslotte heeft het met die kennis het kennen en handelen in de beroepspraktijk en de professie vernieuwd, verbeterd en veranderd (Migchelbrink, 2014, p. 35). Er heeft een continu proces van communicatie en overleg plaatsgevonden tussen de cliënten, begeleiders en onderzoekers. Eerst is de oorspronkelijke situatie in kaart gebracht. Hierna zijn de interventies gepland en verder uitgedacht en uitgewerkt. Tenslotte werd gekeken naar de effecten van deze interventies en is er gereflecteerd op wat er gebeurde met de leefstijl van de cliënten (Jansen & Brohm, 2010, pp. 64-68). Tijdens dit proces is er gebruik gemaakt van een model van het professioneel handelen in de beroepspraktijk. Dit is gebaseerd op de principes van de PDCA-cyclus. De PDCA-cyclus gaat uit van Plan-Do-Check-Act. Deze cyclus is constant doorlopen tijdens het actie-onderzoek. Onderstaand schema is nog iets uitgebreider van opzet; dit komt overeen met hoe het onderzoek uitgevoerd is. Er is gekeken naar de oorspronkelijke situatie. Nadat deze helder was, is er met alle betrokkenen gezocht naar een interventie. Deze interventie is uitgeprobeerd, geëvalueerd en waar nodig aangepast.



Figuur 2 – (Migchelbrink, M., 2014 p. 45)

Binnen het actie-onderzoek heeft het empirisch onderzoek, het gedeelte in de praktijk, zich vormgegeven op een locatie van Philadelphia. Tijdens het empirisch onderzoek is kennis verzameld over de leefstijl van de cliënten. Deze kennis is verkregen door de cliënten te bezoeken en te ondervragen, maar ook door het observeren tijdens de maaltijden op de woongroep en de groepsmomenten zoals de sportavond. Alle gegevens die zijn verzameld, zijn in een databestand gezet en geanonimiseerd en eventueel in te zien nadat er toestemming is gevraagd aan de cliënten of hun ouders. Hoe deze gegevens zijn verzameld, wordt nader beschreven onder het kopje 'Gegevensverzameling'.

Tijdens de uitvoer van het hele onderzoek kwamen sociale processen sterk naar voren, namelijk de onderlinge communicatie en samenwerking tussen de cliënten, begeleiders en de onderzoekers. Zonder goede communicatie en interactie is de uitvoer van een goed actie-onderzoek niet mogelijk (Migchelbrink, 2014, p. 36). Om een goede communicatie en samenwerking met de begeleiders te bewerkstelligen is er voor gekozen om aan het begin van het onderzoek tijdens een teamvergadering het onderzoek te introduceren, zodat het hele team op de hoogte was van wat er zou gaan gebeuren. Ook heeft het onderzoek voor de begeleiders hierdoor een gezicht gekregen waardoor ze de onderzoekers makkelijker aan konden spreken met een idee of feedback. Daarnaast is er voor gekozen om een contactpersoon tussen de begeleiders en de onderzoekers aan te stellen, zodat er met één persoon overlegd kon worden en zij voor beide partijen het aanspreekpunt zou zijn. Hiervoor is begeleider Janine,

aandachtsfunctionaris voeding en beweging, aangesteld door de locatie. Tijdens het onderzoek heeft zij een grote rol gespeeld in het delen van informatie over de cliënten.

Ook is een kenmerk van actieonderzoek dat de onderzoekers zichzelf onderzoeken (Smid & Rouwette, 2009). Dit is gedaan door als onderzoekers met elkaar te reflecteren op de handelingen die er zijn gedaan. Dit is gedaan aan de hand van het boek *'Reflecteren: Handvatten voor verpleegkundigen'* (Koetsenruijter & Heide van der, 2008). De uitkomsten hiervan zullen worden beschreven in de discussie.

3.2 Steekproef

Op de locatie wonen twintig cliënten. Niet alle cliënten van de afdeling konden meedoen aan dit onderzoek aangezien ze niet allemaal continu een stabiele psychische gesteldheid hadden. Er heeft een selectie plaatsgevonden. De steekproef hiervoor was niet aselekt. Voorafgaand aan het onderzoek hebben de begeleiders bekeken bij welke cliënten het onderzoek aansluit. De begeleiders hebben hun keuze gebaseerd op basis van bereidheid en capaciteiten van de cliënten. Bereidheid met betrekking tot het meewerken aan het onderzoek, waarin een actieve rol van hen werd gevraagd. En de verstandelijke en sociaal-communicatieve vaardigheden moesten aanwezig zijn om deel te kunnen nemen aan het onderzoek aangezien er veel gecommuniceerd moest worden met de onderzoekers en er afspraken gemaakt moesten worden. Uiteindelijk waren er tien cliënten die hebben meegedaan aan dit onderzoek.

3.3 Gegevensverzameling

De gegevensverzameling heeft op verschillende manieren plaatsgevonden. Als eerste is de nulmeting gedaan. De nulmeting bestond onder andere uit de VB-fitscan (Kennissenetwerk 'Fitheid en mensen met een verstandelijke beperking', 2014). Hierbij was een fysiotherapeute aanwezig omdat dit een voorwaarde was van de VB-fitscan om de metingen goed uit te voeren. De metingen bestonden uit buikomvang, BMI, knijpkracht en fitheid. Daarnaast hebben de onderzoekers aan de hand van de handleiding uitleg gekregen over de afname van de VB-fitscan. Dit heeft de betrouwbaarheid van de metingen vergroot. Als tweede zijn de vragenlijsten 'Voeding' en 'Beweging' afgenomen (NOVO & RUG, 2015). Deze zijn opgenomen in bijlage 2 en 3. Dit zijn gevalideerde vragenlijsten, die speciaal ontwikkeld zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. De handleiding is van tevoren bestudeerd en de vragenlijsten zijn onderling doorgenomen. Op deze manier is ervoor gezorgd dat er op een zo objectief en betrouwbaar mogelijke manier gegevens verzameld konden worden. Hierbij is besproken hoe de persoonlijke gesprekken aangepakt zouden worden en wat de aandachtspunten zijn bij het afnemen van de vragenlijsten. Deze aandachtspunten zijn dat cliënten op hun gemak gesteld worden en er aangegeven wordt dat er geen goede of foute antwoorden zijn maar dat ze gewoon

mogen vertellen hoe het daadwerkelijk is. De vragenlijsten zijn aan het begin van het onderzoek eenmalig afgenomen om het voedings- en bewegingspatroon in kaart te brengen. Vervolgens is er aan de hand van observaties en besprekingen van de ingevulde vragenlijsten gezocht naar vlakken waarop verbetering van leefstijl behaald kon worden. Dit kon zijn op het vlak van voeding of beweging, maar ook op beide vlakken. Toen er een beeld gevormd was van het leven en de interesses van de cliënten, werd er gezocht naar een passende interventie. Tijdens de zoektocht naar een passende interventie heeft er herhaaldelijk overleg plaatsgevonden tussen de cliënt, begeleider en onderzoekers. Dit intensieve overleg tussen deze drie partijen was belangrijk aangezien de interventie een duurzame interventie moest zijn die lange tijd haalbaar moet blijven voor de cliënten (Migchelbrink, 2014, p. 90). Wanneer er na deze overleggen een interventie tot stand was gekomen waar alle partijen mee konden instemmen, is deze voor een afgebakende periode ingezet. Er werd gedurende deze periode gekeken of en hoe deze interventie uitgevoerd werd en wat er eventueel nog aan verbeterd of veranderd kon worden. Hierdoor is er een proces tot stand gekomen waarbij er telkens geschaafd werd aan de oorspronkelijke interventie. Hier komt de eerder beschreven PDCA-cyclus expliciet naar voren. Er werd ingeschat of de interventie uitvoerbaar was en of er voldoende motivatie aanwezig was bij de cliënt waardoor de interventie vol te houden zou zijn.

In bijlage 4 is een lijst met de observatiepunten opgenomen voor de onderzoekers als coaches en observatoren die gedurende het onderzoek gebruikt zijn. Deze observatiepunten zijn tot stand gekomen door overleg met de begeleiders, literatuuronderzoek en onderling overleg tussen de onderzoekers. Vanuit het overleg met de begeleiders werd duidelijk dat de vraag vanuit de instelling was om expliciet te kijken naar persoonlijke interventies en daarom zijn de observatiepunten gericht op persoonlijke interesses van de cliënten. Ook is er bij de observatiepunten aandacht gegeven aan zowel de motivatie van de cliënt als de mate waarin de cliënt zich betrokken voelt bij de leefstijlinterventies. Dit omdat uit de literatuur blijkt dat bij mensen met een verstandelijke beperking de motivatie een grote factor is bij het volhouden van een bepaalde gedragsverandering (Didden, Duker, & Seys, 2011, p. 21) (Didden, 2006, p. 118). De onderzoekers hebben onderling overleg gehad over de observatiepunten om zo te kunnen waarborgen dat vanuit de verschillende observaties wel de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beantwoord konden worden. Observatie heeft dus een prominente rol gekregen in dit onderzoek, maar ook werd er een duidelijk beeld verkregen van de praktijk door de cliënten te ondervragen en materiaal van hen te bekijken (Migchelbrink, 2014, p. 343). Het observeren heeft plaatsgevonden tijdens tien maaltijdmomenten en vier sportavonden. Het ondervragen tijdens persoonlijke gesprekken vond plaats in het eigen appartement van de cliënt. Daarnaast is er expert review toegepast door met begeleider Janine te spreken. Zij is als goed geïnformeerd persoon over de mate van bewegen en gezonde voeding van de cliënten betrokken bij het

onderzoek. Daarnaast fungeerde zij als informatiebron zodat de onderzoekers de cliënten goed konden benaderen. Ook gaf zij aanvullingen op de gegevens die de cliënten aan de onderzoekers gaven. Hierdoor werd het beeld van de cliënten verdiept (Baarda, Goede, & Meer, 2007). Tenslotte werd er informatie gehaald uit de beweegplannen, zorgplannen en persoonlijke spullen met betrekking tot hun voedings- en bewegingspatroon die de cliënten lieten zien.

Aan het eind van het onderzoek is er ook weer een eindmeting gedaan. De vragenlijsten Voeding en Beweging zijn aan het eind niet opnieuw afgenomen omdat de verandering, op het vlak waarop de interventie is uitgevoerd, is geconstateerd door middel van een evaluatie met de cliënten en observaties van de begeleiders en onderzoekers. Er was geen resultaatverwachting op andere vlakken in de patronen omdat hierop geen interventies zijn ingezet. Daarnaast bestond de eindmeting uit de onderdelen van de VB-fitscan die ook aan het begin van het onderzoek zijn afgenomen om te kijken of er een eventueel effect meetbaar was als het gaat om de fitheid van de cliënten.

3.4 Analyse

Zoals beschreven is er veel kwantitatieve data verzameld tijdens de inventarisatieperiode en de evaluaties. Deze gegevens zijn geanalyseerd door de gesprekken en observaties als onderzoekers met elkaar te bespreken, te bediscussiëren en kernpunten hieruit te benadrukken en op te schrijven. De betrouwbaarheidsmaatregel 'memo's' is hierin dus toegepast (Leeuwen van, 2016).

Als analysetechniek is tijdens het onderzoek 'samenvatten' gebruikt, zoals beschreven in het handboek voor praktijkgericht onderzoek (Migchelbrink, 2014, p. 283). Er is afgeweken van de analysetechniek 'kwalitatieve gegevensanalyse' zoals beschreven in de onderzoeksopzet. De analysetechniek 'samenvatten' sluit namelijk beter aan bij het doen van actie-onderzoek. De samenvattingen van de gesprekken zijn te vinden in het eerdergenoemde databestand. Ook in de analyse is de PDCA-cyclus prominent naar voren gekomen. Er zijn gesprekken geweest met de cliënten, deze zijn besproken met medeonderzoekers en begeleiders en de nieuwe interventies zijn ook weer geëvalueerd met medeonderzoekers, cliënten en begeleiders. Hierdoor is ook steeds de motivatie bij de cliënten in kaart gebracht. Over positieve veranderingen werden complimenten gegeven en wanneer iemand het moeilijk vond om te veranderen, werd gezocht naar de eventuele bedreiging die de cliënt kon ervaren. Ook is er kwantitatieve data verzameld vanuit de nul- en eindmeting. Hieruit zijn eventuele lichamelijke effecten gemeten. Deze kwantitatieve gegevens zijn geanalyseerd door de gegevens per cliënt uit de nul- en eindmeting met elkaar te vergelijken. Deze gegevens moeten wel in het licht van de motivatie en observatie omtrent de toegepaste interventie gezien worden. Een dalende buikomvang kan wijzen op een

gezondere leefstijl maar daarbij moet wel worden gekeken of er geen andere factoren zijn die deze dalende buikomvang verklaren.

3.5 Ethische aspecten

Bij dit onderzoek is rekening gehouden met verschillende ethische aspecten:

- Allereerst is er aan de cliënten toestemming gevraagd om mee te werken aan dit onderzoek. Zij hebben schriftelijk ingestemd met deelname aan het onderzoek door een handtekening te zetten. Ook is binnen de verklaring beschreven dat de gegevens zijn geanonimiseerd, niet zonder toestemming zullen worden verstrekt aan derden en op aanvraag inzichtelijk zijn voor de cliënten. Deze instemming is gevraagd nadat de begeleiders ingeschat hadden of de desbetreffende cliënt in staat was om mee te doen met het onderzoek en hier zelfstandig een keuze over te kunnen maken.
- Het onderzoek is op een controleerbare, eerlijke en objectieve manier uitgevoerd.
- Om gebruik te mogen maken van de medische gegevens uit het zorgdossier, is er naast toestemming van de cliënt, ook toestemming gevraagd aan de ouders van de cliënten. Wanneer ouders geen toestemming gaven, konden de onderzoekers deze gegevens niet gebruiken voor het onderzoek. Op deze manier is dus expliciet rekening gehouden met de rechten van de cliënten en hun ouders.
- Tenslotte past dit onderzoek binnen de beroepsethiek van de verpleegkundigen omdat het een systematische bezinning is op de vraag of in het beroep het goede wel gedaan wordt (Ethicus, sd).

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij betrouwbaarheid staat de vraag centraal of het resultaat van het onderzoek hetzelfde zou zijn wanneer het onderzoek herhaald zou worden. Het gaat om de afwezigheid van toevallige fouten (Bakker & Buuren, 2009). Bij dit onderzoek, waarbij de interventies gericht zijn op de persoonlijke levens van de cliënten, zal een herhaling van het onderzoek niet altijd hetzelfde resultaat geven. De levens van deze cliënten kunnen namelijk in ontwikkeling zijn en de interesses kunnen op andere vlakken komen te liggen. De betrouwbaarheid is vergroot door het gebruik van memo's, zoals beschreven in de analyse. Daarnaast is de betrouwbaarheid van de metingen vergroot door de aanwezigheid van de fysiotherapeut bij het afnemen van de metingen. Ook is de cliënten de mogelijkheid gegeven om ten allen tijde de gegevens van het onderzoek in te zien en te controleren.

Bij interne validiteit draait het om de vraag of er wel gemeten wordt wat er gemeten moet worden (Bakker & van Buuren, 2009). Er werd verwacht dat de primaire uitkomst van het

onderzoek te meten zou zijn in de voedings- en beweegpatronen en op deze korte termijn niet in de fitheid. Daarom zijn aan het begin van het onderzoek deze patronen in kaart gebracht, door middel van de vragenlijsten. Toch is er een laagje dieper gekeken door de fitheid van de cliënten aan het begin en aan het eind van het onderzoek te meten met behulp van de VB-fitscan die door Philadelphia is aangedragen. De fitheid zal wellicht enigszins een ontwikkeling doorgemaakt hebben. Deze verwachting werd bevestigd door Aly Waninge, van wie de onderzoekers de training kregen over de VB-fitscan(2016). Aly Waninge is lector Participatie en Gezondheid van mensen met een verstandelijke en visuele beperking aan het lectoraat HealthyAgeing, Allied Health Care and Nursing.

Bij externe validiteit is het de vraag in hoeverre de resultaten van een onderzoek toepasbaar zijn op personen die niet bij het onderzoek zijn betrokken (Bakker & van Buuren, 2009). Bij het type actiegericht onderzoek zal de externe validiteit laag zijn. Er wordt immers iets onderzocht wat per cliënt verschillend is en echt een persoonlijke benadering nodig heeft. De conclusie bij cliënt A zal anders zijn dan bij cliënt B en is dus niet te generaliseren. Daarentegen zijn het proces om te komen tot een persoonlijke interventie ende algemene conclusies over de groep te wel generaliseren.

Daarnaast is er triangulatie toegepast. Er zijn namelijk kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verzameld in de vorm van vragenlijsten en metingen. Ook zijn er observaties gedaan en gesprekken gevoerd met de cliënten. Tenslotte is er expert review toegepast bij de begeleiders en zijn er gesprekken gevoerd tussen de onderzoekers onderling. Dit alles tijdens fysieke bezoeken aan de instelling. Dit heeft er voor gezorgd dat er vanuit verschillende invalshoeken is onderzocht.

4 Resultaten

Bij de beschrijving van de kwalitatieve resultaten wordt gekeken naar de resultaten per cliënt. Er wordt per kopje in het kort een deelvraag beantwoord en er zal geëvalueerd worden aan de hand van de observatiepunten zoals beschreven in bijlage 4. Nadien wordt er ook bij de kwantitatieve resultaten beschreven wat de resultaten per cliënt zijn.

4.1 Kwalitatieve data

Alle doelen die zijn gesteld en de interventies die zijn opgesteld, zijn door Janine in de zorgdossiers van de cliënten beschreven zodat deze ook bekend zijn bij de begeleiders en zij de cliënten hierop kunnen wijzen. Uit de observaties bleek dat de cliënten hun 'persoonlijke coach' snel in vertrouwen namen over aspecten rondom voeding en beweging. Er werden successen en valkuilen gecommuniceerd met de coach zodra deze aanwezig waren.

Anton

Beginsituatie: Uit de vragenlijst Beweging kwam naar voren dat Anton voldoende beweegt volgens de richtlijn. Hij fietst dagelijks 20 minuten van en naar zijn werk, sport twee avonden per week en in het weekend heeft Anton bijna altijd een voetbalwedstrijd. Uit de vragenlijst Voeding bleek dat Antons voedingspatroon op veel punten voldoet aan de richtlijn, maar niet op alle punten. Verbeterpunten in het voedingspatroon zijn het dagelijkse gebruik van frisdrank op zijn werk en het achterwege laten van het ontbijt in het weekend.

Doel: Uit het oriëntatiegesprek met Anton bleek dat hij geen persoonlijke doelen heeft gesteld op het gebied van leefstijl. Hij gaf aan tevreden te zijn over zijn voeding en beweging. Anton wil het graag houden zoals het is. Vanuit het onderzoek is er samen met Anton en zijn begeleiders alsnog gekeken naar verbeterpunten in zijn leefstijl.

Factoren: Uit zowel de cliëntgegevens als uit de praktijk blijkt dat Anton gebaat is bij een volwassen benadering; dit is een bevorderende factor bij het inzetten van een interventie. Een volgende bevorderende factor is als Anton de gelegenheid krijgt om te laten zien wat hij kan.

Interventie: Er zijn drie interventies voorgesteld. Ten eerste om de frisdrank die hij dagelijks drinkt te vervangen door een gezondere drank. Ten tweede om het koken van Anton op zaterdag uit te breiden met gevarieerde en gezonde recepten. Ten derde om te werken aan het ontbijten in het weekend. Deze interventies zijn met Anton besproken en hierin is hem vrijheid gegeven om zelf interventies te kiezen. Dit had een goede uitwerking: Anton heeft ervoor gekozen om met de eerste twee punten aan de slag te gaan. Hij heeft zelf bedacht welke gezonde drank hij mee wilde nemen naar zijn werk. Hij koos voor Vifit (vruchtenzuivel).

Evaluatie: In de evaluatie met zowel Anton als Janine is besproken hoe de leefstijl van Anton veranderd is. De belangrijkste verandering is de vermindering van het frisdrankgebruik van Anton. In plaats van frisdrank drinkt hij nu dagelijks Vifit. Ten tijde van het einde van dit onderzoek was de interventie met betrekking tot de recepten nog niet verder uitgewerkt, in verband met vakantie van zowel Janine als Anton. Deze interventie wordt overgedragen aan de begeleiding. Uit de eindmeting blijkt een toename van zowel het BMI als de buikomvang. Hieruit blijkt dat de noodzaak om ook het verbeterpunt van het ontbijten in het weekend aan te pakken.

Bram

Beginsituatie: Bram is een slanke jongen die erg is afgevallen in de maanden voor het onderzoek. Bram is erg beweeglijk en heeft een niet-gediagnosticeerde ADHD. Bij stress valt Bram meer af. Er zijn verschillende lichamelijke onderzoeken gedaan maar er is nog geen oorzaak gevonden voor zijn ondergewicht. Zijn BMI is namelijk 18,4. Als het gaat om Bram zijn beweging komt hij niet aan de norm. Hij loopt wel eens hard maar dit schiet er gauw bij in. Als het gaat om Bram zijn voedingspatroon komt naar voren dat hij iets minder dan de norm eet qua hoeveelheid en ook weinig varieert. Op dit moment is Bram bezig om ander werk te krijgen. Dit heeft veel effect op hem en leidt ertoe dat hij minder gefocust is op zijn voeding en beweging.

Doel: Bram wil graag een gezond gewicht krijgen en wil zijn uithoudingsvermogen verbeteren door te gaan hardlopen.

Factoren: Uit gesprekken en cliëntgegevens blijkt dat Bramgebaat is bij complimenten. Ook is het bij hem belangrijk om alert te zijn op sjoemelen. Bram kan in slechte periodes (zoals stress) wel eens liegen over zijn eetpatroon of bewegingspatroon. Bram is gevoelig voor stress, is het overzicht dan kwijt en eet daardoor ook minder.

Interventie: Er zijn twee interventies besproken. In overleg met Janine is er afgesproken dat Bramtweemaal bijhoudt wat hijop een dag eet en drinkt om zo zijn eetpatroon inzichtelijk te krijgen en om het beeld wat Bram zelf heeft over zijn eetgedrag objectief te maken. Daarnaast gaat Bram hardlopen met het hardloopschema van Evy Gruyaert(Start to Run met Evy, 2014)om zo meer uithoudingsvermogen te krijgen.

Evaluatie: Bram is tevreden als hij terugkijkt naar de afgelopen periode. De verandering is bij hem geconstateerd in het bewegingspatroon. Uit gesprekken met Bram en observaties van de begeleiders blijkt dat hij nu één keer per week hardloopt. Vanuit het lessenpakket wordt aangeraden om drie keer in de week te gaan hardlopen maar Bram wil dit zelf graag opbouwen. Hem hierin bevestigt zodat de interventie optimaal, in plaats van maximaal is. In het voedingspatroon zijn er helaas weinig resultaten geboekt.Bramvalt nog steeds af en eris

specialistische hulp bij betrokken om het ongewild afvallen nader te onderzoeken. De interventie rondom het inzichtelijk maken van Bram zijn voedingspatroon is dan ook gestaakt. Bram probeert wel meer tussendoortjes te nemen maar dit is niet aan te tonen vanuit observaties.

Cor

Beginsituatie: Uit de vragenlijsten bleek dat de voeding van Cor volgens de richtlijnen is, behalve de hoeveelheid tussendoortjes. Het bewegingspatroon is niet geheel volgens de richtlijnen. Cor beweegt qua tijd wel voldoende omdat hij dagelijks werkt in de tuin, maar dit lijkt geen matig intensieve beweging te zijn. Uit de metingen bleek dat Cor overgewicht heeft: zijn BMI is 28,4. Verbeterpunten voor de leefstijl liggen zowel op het gebied van voeding als beweging. Cor gaat regelmatig, maar niet elke week naar de sportles op donderdag. Daarnaast gaat hij dagelijks met zijn auto naar het werk. Een verbeterpunt op het gebied van voeding is het gebruik van tussendoortjes. Waar Cor overdag gezonde tussendoortjes neemt, gaat hij 's avonds vaak laat naar bed en eet dan laat op de avond ongezonde tussendoortjes.

Doel: Cor geeft aan niet echt persoonlijke te doelen hebben op het gebied van leefstijl. Wel vindt hij dat het bewegen beter kan. Met de coach is als doel gesteld om wekelijks mee te gaan met de sportles. Hij draagt zelf aan om 's avonds een wandeling te maken. Dit wil hij graag met een groepje doen. Samen met de coach is nog het doel gesteld om eenmaal per week op de fiets naar het werk te gaan.

Factoren: Uit de cliëntgegevens en uit de praktijk komt naar voren dat Cor gebaat is bij een coach die ondersteuning, structuur en aandacht kan bieden. Daarnaast vindt Cor het bij het sporten leuk om anderen te ontmoeten; de groepsfactor is belangrijk. Belemmerende factoren zijn het niet kunnen nemen van grote stappen, onduidelijkheid en ongestructureerde begeleiding.

Interventie: Dedoelen zijn besproken en gevisualiseerd in de vorm van een afsprakenkaart. Ook is aan de begeleiders opnieuw de wekelijkse wandeling met een groep cliënten onder de aandacht gebracht. Dit is in de loop van de tijd versloft door de hoge werkdruk bij hen. Desondanks is er onder andere bij Cor nog wel behoefte aan deze activiteit.

Evaluatie: Aan het eind van het onderzoek is Cor zijn leefstijl veranderd. Dit is zowel door Cor als door Janine geconstateerd en besproken. Cor neemt nu wel wekelijks deel aan de sportles. Het is Cor ten tijde van het schrijven van dit verslag nog niet gelukt om te fietsen naar het werk. Hij geeft aan dat hij het lastig vindt en er nog niet aan toe is gekomen. Cor noemt een aantal praktische dingen die voor hem lastig zijn om de stap daadwerkelijk te nemen: de koelbox die hij

normaal gesproken meeneemt kan niet op zijn fiets, zijn fiets moet nog voor een beurt naar de fietsenmaker en hij zal eerder uit bed moeten. Om de stap te kunnen nemen zal Cor intensievere begeleiding nodig hebben. Dit is overgedragen aan de begeleiders. Tenslotte wandelt Cor nu op woensdagavond met zijn medeciënten en begeleiders. De kwantitatieve gegevens laten nog geen verbetering zien. De BMI van Cor is toegenomen van 28,4 naar 29,4. Verwacht wordt dat de leefstijlverandering op langere termijn wel invloed heeft op de BMI. Daarnaast laat de BMI de noodzaak van het fietsen naar het werk zien.

Mike

Beginsituatie: In het eerste gesprek met Mike deed hij voorkomen dat hij erg veel en ongezond at. Toch vindt hij zijn eetpatroon wel prima. Na een gesprek met Janine blijkt dat het vele en ongezonde eten in werkelijkheid wel meevalt. Het lijkt erop dat Mike wil pronken met het feit dat hij zoveel zou kunnen eten. De snacks die hij neemt zijn wel vaak ongezonde snacks maar de hoeveelheden waar Mike het over heeft zijn wat overdreven. Als het gaat om Mike zijn bewegingspatroon, komt hij niet aan de beweegnorm. Hij gaat op de fiets naar zijn werk mits het mooi weer is en fietst dan totaal ongeveer 20 minuten. Op het werk is Mike wel veel in beweging als hij opruimt, schoonmaakt en maaltijden klaarmaakt, maar beweegt hierbij niet matig intensief. Mike zijn BMI is 20,4 en heeft hiermee wel een gezond gewicht, hoewel hij aan de ondergrens zit.

Doel: Het doel dat met Mike is gesteld is dat hij de ongezonde snacks gaat vervangen door gezonde snacks. Lichaamsbeweging heeft voor Mike op dit moment geen prioriteit, hij wil zich liever richten op gezonde voeding.

Factoren: Mike is verbaal erg sterk maar heeft een laag IQ en wordt daarom vaak overschat. Voor Mike is het belangrijk om hem zelf te laten bedenken wat hij uit dit project wil halen. Waarom wil Mike meedoen? Wat wil hij zelf graag bereiken? Daarnaast is Mike een erg creatieve jongen.

Interventie: Samen met Mike is bedacht dat hij de ongezonde snacks vervangt door een gezonde smoothie. Hierin is veel variatie mogelijk en kan Mike zijn creativiteit kwijt. Voor Mike is door de coach een receptenmapje voor smoothies opgesteld. Hierin zijn verschillende, relatief makkelijke recepten opgenomen. Op internet zijn namelijk veel recepten te vinden waardoor hij het overzicht kwijt kan raken. Door op papier recepten voor één persoon aan te reiken wordt Mike niet overvraagd in het omrekenen van hoeveelheden.

Evaluatie: Bij Mike is er verandering geconstateerd in zijn voedingspatroon. Mike heeft een blender aangeschaft en neemt nu ongeveer 3 keer per week een smoothie in plaats van een

snack zoals een koek of wat chips. Mike vindt het leuk om smoothies te maken en merkt dat deze goed vullen zodat hij ook geen trek meer heeft in andere snacks. Mike is door de coach nog wel gewezen op het beweegpatroon en hem is meegegeven dat hij eens een proefles kan doen bij een sportdie hij zelf echt leuk vindt om zo op een ongedwongen manier in aanraking te komen met een sport.

Max

Beginsituatie: Uit de vragenlijsten Voeding en Beweging bleek dat Max' leefstijl volgens de richtlijnen is. Omdat Max later is ingestroomd bij het onderzoek, is er geen nulmeting bij hem gedaan.

Doel: Max geeft aan op het gebied van voeding het doel te hebben om binnenkort weer zelf te gaan koken. Max heeft dit op een eerdere woonlocatie ook gedaan en wil dit op deze plek graag weer oppakken. Verder is Max tevreden over zijn leefstijl.

Factoren: Uit de praktijk bleek dat Max gebaat is bij een benadering waarin hij zich gesteund voelt, maar ook zijn eigen vaardigheden kan benutten. Max geeft zelf aan wat voor begeleiding hij nodig heeft. Het is een bevorderende factor om Max zijn eigen keuzes te laten maken en hierbij ondersteunend gecoacht te worden. Daarnaast vindt Max het bij het sporten belangrijk dat het vrijblijvend is en dat de sfeer in de groep goed is. Dit zijn ook bevorderende factoren voor hem.

Interventie: Omdat Max een gezonde leefstijl heeft en hij naast het koken geen persoonlijke doelen had, zijn er geen nieuwe interventies ingezet. Het proces was gericht op het behouden van de gezonde leefstijl. Bij het koken werd Max op afstand begeleid door zijn eigen begeleiders van het steunpunt.

Evaluatie: Max geeft aan dat het opnieuw oppakken van het koken goed verlopen is. Hij doet nu zijn boodschappen zelfstandig en kookt zelfstandig. Dit is een verandering ten opzichte van het begin van het onderzoek, waardoor Max' onafhankelijkheid vergroot is. Zowel Max als Janine schatten in dat dit voedingspatroon ook op lange termijn haalbaar is voor hem.

Ruth

Beginsituatie: Bij het begin van het onderzoek bleek uit de gesprekken met Ruth dat haar beweging volgens de richtlijnen is. Ruth fietst drie dagen per week 30 minuten naar het werk en weer terug. Op de overige vrije dagen heeft Ruth een sportactiviteit, met uitzondering van het weekend. Vanuit de voedingslijsten die zijn afgenomen lijkt het dat haar voedingspatroon volgens de richtlijnen is. Desondanks heeft Ruthernstig overgewicht; haar BMI is 39,4 met een

gewicht van 122 kg. Deze discrepantie kan verklaard worden doordat Ruth onvoldoende inzicht heeft in haar voedingspatroon. Dit bleek uit het gesprek met Janine. Dit is al onder de aandacht bij de begeleiders. Zij helpen Ruth door haar te confronteren met haar voedingspatroon en daarmee het inzicht te vergroten. Ondanks het lage inzicht is Ruth zich bewust van haar overgewicht en probeert zij hieraan te werken.

Doel: Ruth geeft aan een persoonlijk doel te hebben met betrekking tot leefstijl: het doel is haar gewicht onder de 100 kg te krijgen. Dit is voor Ruth belangrijk omdat ze zich dan fitter voelt, het gezonder is en ze het er mooier vindt zien. Vanuit het onderzoek is niet het doel gesteld om deze 100 kg te halen aan het eind van het onderzoek, omdat dat een te korte periode is. Wel is het doel om een aantal kilo's kwijt te raken.

Factoren: Een stimulerende factor bij voldoende bewegen is voor Ruth het 'samen doen'. Voorwaarde daarbij is dat Ruth zich veilig voelt bij haar medesporters. Als Ruth iets kan winnen, werkt dit bevorderend. Dit blijkt uit het feit dat Ruth regelmatig deelneemt aan sportevenementen. Daarnaast is het voor Ruth belangrijk om kleine stappen te zetten, zodat zij vanuit haar succeservaring weer verder kan. Uit de cliëntgegevens bleek dat Ruth baat heeft bij mensen om haar heen die haar (onder)steunen en complimenteren. Tijdens het onderzoek waren er onderzoeken gaande naar de ziekte van Cushing, die Ruth wellicht heeft. De ziekte houdt in dat er een disbalans is in de hormoonhuishouding waarbij gewichtstoename een symptoom is (Nederlandse Hypofyse Stichting, 2016). Overgewicht komt meer voor in de familie van Ruth, zo bleek uit het gesprek met Janine. Dit zou een belemmerende factor kunnen zijn.

Interventie: Er is voor gekozen om geen nieuwe interventies in te zetten maar Ruth te steunen in haar eigen activiteiten. De inschatting van Janine was ook dat het niet haalbaar was om nieuwe activiteiten in te zetten. De ondersteuning is vormgegeven door regelmatig bij Ruth langs te komen, met haar in gesprek te gaan en haar te stimuleren en complimenteren.

Evaluatie: De leefstijl van Ruth is aan het eind van het onderzoek hetzelfde gebleven. Dit beschreven zowel Janine als Ruth zelf. De activiteiten die Ruth nu uitvoert, zijn voor haar op langere termijn vol te houden. Het is aan te raden om de activiteiten uit te breiden wanneer dit haalbaar is en om Ruth te blijven confronteren met haar voedingspatroon.

Rob

Rob heeft het Prader-Willy syndroom. De begeleiding op locatie begeleidt hem in het vormgeven van zijn voedingspatroon. Daarom richt het onderzoek zich bij Rob alleen op beweging.

Beginsituatie: Uit de vragenlijst Beweging blijkt dat Rob onvoldoende beweegt volgens de richtlijnen. Naast zijn werk in de groenvoorziening en als vrijwilliger op de kinderboerderij

beweegt hij niet. Zijn BMI is 31,4, dit geeft aan dat hij ernstig overgewicht heeft. Juist in verband met het Prader-Willy syndroom is het van belang dat Rob wel meer gaat bewegen. Rob ging wel eens naar de sportschool maar dit is korte tijd geleden steeds meer afgenomen. Rob neemt geen deel aan de sportles op donderdagavond.

Doel: Rob wil graag twee à drie keer per week naar de sportschool en iedere donderdagavond naar de sportles.

Factoren: Het is voor Rob belangrijk om samen met Rob afspraken te maken. Rob heeft het nodig om aangesproken te worden op zijn gedrag met betrekking tot afspraken. Het visualiseren van de afspraken past bij zijn niveau van functioneren. Tenslotte is de confrontatie met zijn gewicht ten gevolge van het syndroom van Prader-Willy een sterke demotiverende factor.

Interventie: Het doel is samen met Rob verkleind tot één keer per week naar de sportschool en iedere donderdagavond naar de sportles, om het voor deze korte periode haalbaar te maken. De eerste activiteit is niet op een vaste dag gepland, zodat Rob nog voldoende vrijheid heeft om dit zelf in te delen. Het doel is voor hem gevisualiseerd op een afsprakenkaart, samen met een afstreekkaart voor beide doelstellingen per week.

Evaluatie: Rob werkt er aan om iedere donderdagavond naar de sportles en één keer in de week naar de sportschool te gaan. Op dit moment heeft hij beide doelen nog niet behaald omdat hij herstellende is van wondroos aan zijn been en net veranderd is van werkplek; dit kost hem veel energie. Daarnaast blijft het bezig zijn met zijn leefstijl zeer confronterend voor Rob in verband met het Prader-Willy syndroom. Voor hem was het moeilijk om iedere keer hierover te praten met een relatief onbekend persoon. Ieder bezoek was voor hem een uitdaging. De interventie wordt wel gehandhaafd omdat hij naar verwachting weer naar de gezonde situatie toe gaat en hierin verder begeleid zal worden door meer bekende personen. Deze interventie zal hij op den duur beter vol kunnen houden dan een aangepaste interventie op de situatie van dit moment waarin zijn wondroos en nieuwe werkplek een prominente rol spelen. De begeleiding spreekt Rob stimulerend aan op zijn gedrag met betrekking tot deze interventie.

Seth

Beginsituatie: Uit de voedingslijsten blijkt dat Seth bij de maaltijden gezond eet maar elke dag in ieder geval drie stuks ongezonde tussendoortjes neemt. Seth zijn BMI is 24,9 en heeft hiermee nog net een gezond gewicht maar er wordt wel gezien dat Seth aankomt in gewicht en het is belangrijk dat dit niet verder zal toenemen. Seth gebruikt Citalopram en het vermoeden bestaat dat hij door dit medicament erg gefocust is op eten. Dit kan een bijwerking zijn van het medicijn (Farmacotherapeutisch Kompas, 2016). Op dit moment heeft Seth last van een

knieblessure en neemt het aantal uren beweging per week af aangezien hij niet mee kan doen aan de sportlessen, voetbaltrainingen en –wedstrijden. Zijn beweegpatroon bestaat nu vooral uit fietsen naar het werk, maar dit is maar enkele minuten fietsen. Op zijn werk doet Seth wel veel lichamelijk werk waarbij hij vooral aan het tillen en sjouwen is.

Doel: Voor Seth is het belangrijk om niet verder aan te komen in gewicht, ook nu hij door een knieblessure minder beweegt. Daarnaast is met hem het doel gesteld om dagelijks fruit te eten om zo voldoende vitamines binnen te krijgen en andere ongezonde snacks te kunnen laten staan.

Factoren: Het medicijngebruik maar ook de knieblessure van Seth spelen een rol in het gewicht. Daarnaast is Seth een jongen die snel bang is om ziek te worden; dit is iets waar de coaches op een voorzichtige manier mee om moeten gaan. Seth gaf zelf aan dat het visualiseren van de afspraken voor hem bevorderend kan werken.

Interventie: Voor Seth is een afsprakenkaart gemaakt waarop de afspraken kort staan beschreven. Seth gaat elke woensdagavond drie kwartier fietsen. In plaats van de trainingsavond blijft Seth toch bewegen. Daarnaast is voor Seth een afstreeplijst opgesteld die hij wekelijks kan gebruiken om overzicht te krijgen over zijn gebruik van fruit in zijn voedingspatroon.

Evaluatie: Seth is actief bezig geweest met de doelen die zijn gesteld. Seth streept zijn fruitgebruik af op de afstreeplijst en eet nu dagelijks twee stuks fruit; voornamelijk appels. Ook eet hij in plaats van een koek regelmatig een stuk komkommer. Daarnaast gaat Seth elke week een stuk fietsen. Drie kwartier is wat hoog gegrepen voor hem aangezien hij lange dagen maakt en graag voor het donker thuis wil zijn. Toch gaat hij elke week een stuk fietsen van ongeveer een kwartier tot een half uur. Seth is trots op zichzelf en door de coach is Seth hierin bevestigd zodat hij de interventies kan blijven toepassen.

Thijs

Beginsituatie: Uit de vragenlijsten Beweging en Voeding die afgenomen zijn bij Thijs blijkt dat Thijs eet volgens de richtlijnen. Daarentegen gaf Janine aan dat hij meer eet dan wat hij nodig heeft. Daarnaast blijkt dat hij wel voldoende tijd in beweging is, maar het is moeilijk in te schatten of dit matig intensief bewegen is of niet. Thijs bezoekt de sportles op donderdagavond en gaat iedere werkdag een half uur wandelen na de maaltijd. De BMI van Thijs is 24,8. Thijs kijkt bij alles wat hij doet naar wat anderen doen en daar past hij zijn eigen handelen op aan. Dit kwam ook naar voren binnen zijn eetgedrag. Zo wil hij graag nog een tweede keer opscheppen als een medecliënt aan tafel dit ook doet.

Doel: Thijs gaf aan geen duidelijke doelstellingen te hebben omtrent zijn leefstijl. Wel gaf hij aan graag gezond te willen eten en voldoende bewegen.

Factoren: Bij Thijs is het belangrijk om niet te grote stappen te willen zetten. Hij heeft veel moeite met het veranderen van gedragsgewoonten. Daarnaast heeft hij veel positieve bevestiging van de begeleiding nodig tijdens de interventie. Het visualiseren van afspraken helpt Thijs om deze te onthouden.

Interventie: Samen met Thijs is er vanuit het onderzoek het doel gesteld om met zijn eetgedrag meer naar zijn lichaam te luisteren. Deze afspraak is voor Thijs gevisualiseerd op een afsprakenkaart.

Evaluatie: Thijs werkt er aan om te luisteren naar zijn eigen maag tijdens de maaltijden en niet te kijken naar wat anderen eten. Meestal schept hij één keer op in plaats van twee keer en geeft aan dan wel een verzadigd gevoel te hebben. Hij eet dus meer op eigen behoefte en eet zo voldoende voor wat zijn lichaam nodig heeft. Hierdoor wordt de bewustwording over wat het lichaam nodig heeft vergroot. Thijs geeft aan dat hij tevreden is met de verandering in zijn leefstijl en denkt dit vol te kunnen houden. Thijs heeft het bezig zijn met zijn leefstijl als positief ervaren en hoopt hiermee in de toekomst nog verder bezig te gaan.

Thom

Beginsituatie: Uit de vragenlijsten Beweging en Voeding blijkt dat Thom eet en beweegt volgens de richtlijnen. Hij fietst iedere dag naar zijn werk, gaat op woensdagavond naar een sportles waar fysiotherapie bij inbegrepen zit en doet enthousiast mee met de sportles op donderdagavond. Hij geeft aan de maaltijden op het steunpunt te gebruiken en bijna geen ongezonde tussendoortjes te nemen. Thom heeft een BMI van 25,8. Thom is sterk gericht op gezonde voeding en voldoende beweging. Hij staat open voor verbeteringen in zijn leefstijl en onderneemt snel actie om het te verbeteren.

Doel: Thom heeft als doel zo gezond mogelijk te leven. Hij heeft geen duidelijke doelstellingen om een gezonde leefstijl vorm te geven of te verbeteren. Vanuit het onderzoek is met hem het doel gesteld om een inzicht te verkrijgen in zijn voedingspatroon om hem te stimuleren in het volhouden van een gezonde leefstijl.

Factoren: Voor Thom is positieve bevestiging enorm van belang. Hij hecht veel waarde aan het oordeel van de mensen om zich heen. Daarnaast komt bij hem naar voren dat kleine stappen in leefstijl voor hem grote stappen zijn. Daarom moeten er kleine verwachtingen bij Thom, de begeleiders en de coaches geschept worden.

Interventie: Om zijn voedingspatroon beter in kaart te kunnen brengen en hem positief te kunnen bevestigen is er voor gekozen om Thom voor een aantal dagen op te laten schrijven wat hij eet en drinkt door middel van een voedingsdagboekje.

Evaluatie: Op basis van dit voedingsdagboekje is Thom positief bevestigd in zijn voedingspatroon. Daarnaast is er een aantekening gemaakt dat hij één keer per dag extra fruit kan nemen. Uit het voedingsdagboekje bleek namelijk dat hij één keer per dag fruit nam in tegenstelling tot wat hij aangaf bij de afname van de voedingslijst. Thom gaf aan dit mee te nemen naar de toekomst. Thom is tevreden met zijn leefstijl op dit moment. Hij heeft het bezig zijn met zijn leefstijl als positief ervaren en gaat er mee verder met ondersteuning van de begeleiders.

4.2 Kwantitatieve data

Aan het eind van het onderzoek zijn de onderdelen van de VB-fitscan nogmaals afgenomen om te kijken of er eventueel veranderingen waren tussen deze meting en de nulmeting.

	BMI nulmeting	BMI eindmeting	Buikomvang nulmeting	Buikomvang eindmeting	Knijpkracht nulmeting	Knijpkracht eindmeting
Anton	26,6	27,2	99	101	35,9	39,1
Bram	18,4	18,5	75	75	53,3	53,0
Cor	28,4	29,4	99	99	38,5	43,9
Mike	X	18,9	X	73	X	70
Max	X	26,8	X	94	X	35
Ruth	39,1	39,4	109	115	27,8	31,2
Rob	32,9	35,3	121	127	31,3	X
Seth	26,1	27,9	92	99	34,8	42,7
Thijs	24,8	25,7	99	98	17,2	17,5
Thom	25,8	24,0	93	90	32,1	32,3

BMI

Uit bovenstaande metingen blijkt dat de BMI bij de cliënten gemiddeld met 0,5 is afgenomen. Aan het begin was de gemiddelde BMI 27,8 en aan het eind van het onderzoek 27,3. De grootste

toename is bij Rob die van een BMI van 32,9 naar een BMI van 35,3 is gegaan. De piek naar beneden is bij Thom die van een BMI van 25,8 naar 24,0 is gegaan, terwijl afvallen bij hem geen prioriteit was.

Buikomvang

De gemiddelde buikomvang is met 1,3 cm afgenomen van 98,4 cm naar 97,1 cm. De grootste toename is bij Seth gemeten die eerst een buikomvang van 92 cm had en bij de nulmeting een buikomvang van 99 cm. De grootste afname in buikomvang is gemeten bij Thom, die van een buikomvang van 93 cm naar een buikomvang van 90 cm is gegaan.

Knijpkracht

Opvallend is dat de knijpkracht bij bijna alle cliënten is toegenomen; gemiddeld een toename van 3,3 kg in een periode van drie maanden. Bij de andere onderdelen van de VB-fitscan zijn geen veranderingen gemeten.

5 Conclusie

5.1 Conclusie

Aan de hand van de resultaten kunnen er antwoorden worden gegeven op de deelvragen en aansluitend op de hoofdvraag.

- Hoe is de leefstijl aan het begin van het onderzoek, de nulmeting?

Aan het begin van dit onderzoek bleek dat vrijwel geen cliënt volledig voldeed aan de richtlijnen voor gezonde voeding en voldoende beweging. Er waren bij iedereen punten waar aan gewerkt kon worden. Er zijn zes cliënten met overgewicht. Zij bewogen allemaal vijf dagen in de week een uur per dag maar er was nog geen goede balans tussen voeding en beweging om daadwerkelijk af te vallen. Dit waarschijnlijk omdat de intensiteit niet matig intensief is. Ook enkele cliënten hebben ondergewicht. Kennis van gezonde voeding was bij de cliënten aanwezig door middel van de voedingscursus uit vorige onderzoek van Janson, Stoetman & Lamein (2015), maar dit werd niet toegepast in het dagelijks leven. Uit de nulmetingen blijkt een gemiddeld BMI van 27,8. De gemiddelde buikomvang is 98 cm en de gemiddelde knijpkracht is 33,9.

- Welke persoonlijke doelen stellen de cliënten omtrent hun leefstijl?

De cliënten hadden uiteenlopende doelen die ze wilden halen. Dit varieert van vergroten van uithoudingsvermogen en afvallen tot het volhouden van hun huidige leefstijl. De cliënten wilden zich allemaal inzetten voor dit project en hebben dit door middel van het toestemmingsformulier kenbaar gemaakt. Wel vonden sommige cliënten het moeilijk om zelf een doel te stellen en vonden ze het lastig om te bedenken of er bij hen meer winst viel te behalen op het vlak van voeding of op het vlak van beweging. Wanneer het niet lukte om zelf een doel te stellen, stonden ze open voor de coaches en konden ze samen een doel stellen. Een voorwaarde hiervoor was dat er aan de cliënten werd uitgelegd wat de achtergrond was van het gekozen doel.

- Welke factoren spelen mee bij het wel of geen effect hebben van een interventie?

Belangrijke factoren die maakten of de interventie wel of geen effect hadden, waren voornamelijk motivatie van de cliënt en weekplanningen. Door als coach intensief te investeren in de relatie met de cliënt, konden de coaches de cliënten persoonlijk stimuleren wat maakte dat de interventie beter kon slagen. Wanneer het moeilijk was om een vertrouwensband op te bouwen met de cliënten, slaagden de interventies niet. Ook bleek dat er voldoende regelmaat moest zijn in de weekplanning om de interventie duurzaam in te bouwen in de leefstijl. Het

visueel maken van de afsprakenwerkte ook bevorderend voor het nakomen van afspraken. Cliënten gaven de afsprakenkaarten een prominente plek in hun appartement.

Een vast gezicht voor de cliënten gaf duidelijkheid in het proces van voeding en beweging. Door de vertrouwensband en duidelijkheid werd de motivatie vergroot om aan de leefstijl te werken. Cliënt en coach wisten waar ze zaten tijdens het proces en de coach kon hier op afstemmen met complimenten en aansturingen.

- Hoe is de leefstijl veranderd aan het eind van het onderzoek ten opzichte van de nulmeting?

Kwalitatief zijn er veranderingen in de leefstijl geobserveerd en geëvalueerd. Er zijn verschillende interventies ingezet met betrekking tot voeding en beweging. Het gaat hier vaak om kleine interventies die samen met de cliënt bedacht zijn en vooral betrekking hebben op de bewustwording van een gezonde leefstijl en het aanreiken van handvatten om dit toe te passen. De veranderingen zijn vooral geconstateerd op het gebied van de mate van beweging, het meedoen aan beweegactiviteiten en het vervangen van ongezonde voedingsmiddelen door gezondere varianten.

Als het gaat om de kwantitatieve data zijn de volgende verschillen gemeten. Ten eerste is de gemiddelde BMI met 0,5 afgenomen. Dit lijkt een positief verschil ten opzichte van het begin van het onderzoek, maar zegt weinig over de leefstijlverandering bij de individuele cliënt. Bij de cliënten die als doel hadden om af te vallen, is een toename van de BMI geconstateerd. Dit was niet te verwachten aangezien er wel een leefstijlverbetering is geconstateerd. Ten tweede is de gemiddelde buikomvang met één cm afgenomen. Dit is een positief, maar minimaal verschil ten opzichte van de nulmeting. Dit was ook te verwachten aangezien Aly Waninge(2016)aangaf dat de VB-fitscan secundaire parameters bevat en veranderingen hierin pas na een langere tijdspanne te meten zijn. Tenslotte is de knijpkracht met 3,3 kg toegenomen. Het is opvallend dat er in deze korte periode zo'n verschil gemeten is op de knijpkracht. Dit kan verklaard worden doordat de onderzoekers de cliënten beter kenden bij de eindmeting en hen daardoor beter wisten aan te moedigen.

Na het beantwoorden van deze deelvragen is uiteindelijk een antwoord te geven op de hoofdvraag die luidde:

- **Wat is de invloed van persoonlijke interventies, toegepast op de licht tot matig verstandelijk beperkte cliënt om de gezonde leefstijl te bevorderen?**

De persoonlijk afgestemde interventies hebben een positieve invloed op de leefstijl van de cliënt zoals blijkt uit de eerste en vierde deelvraag. Aan het eind van het onderzoek zijn bijna bij alle cliënten verbeteringen geconstateerd in de leefstijl in vergelijking met het begin van het onderzoek. Door persoonlijk af te stemmen werd de motivatie bij de cliënt vergroot, wat een erg belangrijk aspect is zoals blijkt uit het theoretisch kader. De cliënt voelt zich door complimenten en persoonlijke waardering meer gemotiveerd waardoor ook de invloed van de interventies is vergroot. Het is wel belangrijk dat de cliënt herhaaldelijk gewezen wordt op zijn of haar doel met betrekking tot leefstijl omdat herhaling een belangrijke factor is voor het volhouden van een verandering zoals ook gebleken is uit de literatuur.

5.2 Discussie

Inhoudelijk

Hoewel sport en beweging belangrijk is voor mensen met een verstandelijke beperking (Nijhuis-van der Sanden, 2011), is dit wel vaak een ondergesneeuwd onderwerp. De interventies die binnen dit onderzoek zijn toegepast, zullen niet één op één kunnen worden toegepast op andere personen uit deze doelgroep, omdat deze zijn afgestemd op de individuele cliënt. Wel kunnen de uitkomsten van dit onderzoek gebruikt worden voor de zorgverlener in de dagelijkse praktijk. Hierbij gaat het om de toepassing van persoonlijke afstemming en benadering, het continu herhalen van de doelen en het visualiseren van gemaakte afspraken.

De waarde van dit onderzoek is ook groot voor de locatie waarop dit onderzoek is uitgevoerd. Er is een voorzet gegeven als het gaat om leefstijlverbetering bij deze specifieke doelgroep. Het is een aftrap voor de verbetering van leefstijl bij de cliënten en door de concrete afspraken die zijn gemaakt kunnen de begeleiders de cliënten er aan blijven herinneren om hun leefstijl duurzaam te veranderen.

Uit de theorie bleek dat de internationale criteria voor fysieke activiteit en fitheid voor de onderzochte populatie wellicht naar beneden bijgesteld zouden moeten worden (Evenhuis, 2013). Dit onderzoek bevestigt deze bewering omdat het niet realistisch bleek om de hele doelgroep te laten voldoen aan de beweegnorm binnen deze periode. Dit zegt niet dat de interventie niet succesvol is geweest. Het is belangrijk om naar het totaalplaatje van activiteiten te kijken.

De theorie liet ook zien dat het belangrijk is om cliënten met een verstandelijke beperking complimenten te geven en hen te waarderen als het gaat om leefstijlverandering (Smyth & Bell, 2006) (Teggelaar, Bosch van den, & Monster, 2008). Vanuit dit onderzoek is dit bevestigd en komt dus het belang van persoonlijke aandacht en bevestiging naar voren.

Door de korte tijd die de cliënten hebben gehad om hun leefstijlinterventie toe te kunnen passen, zijn er weinig zichtbare kwantitatieve resultaten geboekt. Dit was te verwachten aangezien Aly Waninge (2016) aangaf dat niet de fitheid maar leefstijl de primaire uitkomst zou zijn van dit onderzoek. Wel valt te verwachten dat de leefstijlverandering op de langere termijn een positief effect heeft op de fitheid (NISB, 2016).

Tenslotte bleek uit de resultaten een lichte toename van het BMI terwijl er wel een leefstijlverbetering geconstateerd was. Deze toename kan echter verklaard worden door onderliggende oorzaken. Er kan gedacht worden aan bijwerkingen van medicatie, het syndroom

van Prader-Willy of de ziekte van Cushing. Van deze oorzaken is de invloed niet onderzocht. De toename van de BMI hoeft dus niets te zeggen over de mate van succes van de interventie.

Als het gaat om de doelstellingen is allereerst het inzicht in de effectiviteit en toepasbaarheid van de interventies per cliënt omtrent leefstijl verbeterd maar er zal nog moeten blijken of het voldoende is om de interventies op lange termijn te blijven toepassen. Evaluatie op dit gebied is dus gewenst. Ten tweede is er na dit onderzoek bij het merendeel van de cliënten een leefstijlverbetering geconstateerd en daarmee is de tweede doelstelling van dit onderzoek behaald. Tenslotte is er middels een presentatie advies uitgebracht aan de begeleiders van de locatie.

Methodologisch

De methode actie-onderzoek wordt steeds vaker toegepast als onderzoeksmethode binnen de verpleegkunde. Door de onderzoekers is deze methode als positief ervaren. Het is een passende methode om binnen deze doelgroep naar een dergelijk onderwerp onderzoek te doen. Bij actie-onderzoek wordt de theorie expliciet geïntegreerd in het onderzoek maar worden er ook praktische veranderingen toegepast in de praktijk die direct zichtbaar zijn.

Er is, zoals genoemd binnen de analyse, afgeweken van de onderzoeksopzet aangezien deze niet volledig aansloot bij actie-onderzoek. In plaats van de analysetechniek 'kwalitatieve gegevensanalyse' is er gebruik gemaakt van de analysetechniek 'samenvatten', die meer past bij deze vorm van onderzoek (Migchelbrink, 2014, p. 283).

Voor de betrouwbaarheid was het beter geweest dat er een member-check had plaatsgevonden. Het is een goede techniek om de betrouwbaarheid van de gegevens vast te stellen (Philipsen & Vernooy-Dassen, 2004, p. 289). Deze member-check is niet uitgevoerd omdat het voor de cliënten moeilijk is de inhoud van de gesprekken terug te halen en te vergelijken met de inhoud van de samenvatting. Wel was er voor de cliënten altijd gelegenheid om de gegevens in te zien. Daarnaast is er expert review toegepast door begeleider Janine, zoals aangegeven onder het kopje methode.

Als er gekeken wordt naar de nul- en de eindmetingen kan gesteld worden dat er ondanks de zorgvuldigheid enkele aanmerkingen zijn. Zo is er bij de nulmeting niet consequent genoteerd of de cliënt met of zonder schoenen gewogen werd en op welke stand de knijpkrachtmeter stond. Dit beïnvloedt de resultaten van de kwantitatieve data, aangezien de metingen verschillend kunnen zijn uitgevoerd. Het zou de betrouwbaarheid van de metingen vergroot hebben als hier nog nauwkeuriger was gewerkt.

Voor het onderzoek was het tenslotte vollediger geweest om de ouders te betrekken bij het proces. Daardoor had er een nog vollediger beeld van de cliënten verkregen kunnen worden en konden meer mensen uit hun omgeving de cliënten stimuleren in het aanpassen van de leefstijl. Vanwege tijd was het niet haalbaar om ook de ouders te spreken; daarom is hier van afgezien.

Eigen rol onderzoekers

Aan de hand van het spiraalmodel van Korthagen (Koetsenruijter & Heide van der, 2008, pp. 50-56) is de rol van de onderzoekers bediscussieerd. Hier worden de uitkomsten beschreven.

De onderzoekers hebben een expliciete rol gekregen in de uitvoer van dit onderzoek. Door actie-onderzoek uit te voeren, wordt ook de werkwijze van de onderzoekers onderzocht (Smid & Rouwette, 2009). Er is naar voren gekomen dat het bij deze doelgroep belangrijk is om een duurzame relatie op te bouwen met de cliënten om zo goed te kunnen inspelen op de persoonlijke behoeftes van de cliënt. De onderzoekers zijn actief geweest in de rol van zorgverlener door een vertrouwensrelatie aan te gaan, samen met de cliënt te kijken naar mogelijkheden om de leefstijl te verbeteren en daarbij gezondheidsvoorlichting te geven (Hogeschool van Amsterdam, 2013). Ook is verdieping in de benaderingswijzen van de cliënten erg belangrijk. Zo kwam naar voren dat cliënten soms overschat werden door de onderzoekers. Bij het geven van een opdracht werd niet altijd rekening gehouden met het overzichtelijk maken van de opdracht. Door de opdracht concreet, overzichtelijk en visueel te maken, kon bijvoorbeeld de opdracht om een voedingsdagboekje bij te houden wel uitgevoerd worden.

De onderzoekers hebben het als zeer positief ervaren om de relatie met de cliënten te verdiepen door aanwezig te zijn bij een aantal maaltijden en mee te doen met sportlessen. Hierdoor werd de persoonlijke band versterkt, werden de cliënten gestimuleerd in het aanpassen van hun leefstijl en kregen de onderzoekers een duidelijker beeld van de belevingswereld van de cliënten.

Tijdens het onderzoek waren de onderzoekers ook actief in de verpleegkundige rollen van communicator en organisator. De rol van communicator kwam naar voren bij het contact met de cliënten, maar ook met de begeleiders op de locatie, de opdrachtgever en de docent. De rol van organisator kwam naar voren in het gehele onderzoek. Het was van groot belang om goed te plannen en te organiseren, de tijdsplanning te bewaken en afspraken te maken met begeleiders en cliënten.

5.3 Aanbevelingen

Micro

Continue aandacht voor gezonde leefstijl is van groot belang. Het is aan te raden om dit onderwerp een vast onderdeel te laten zijn van de contactmomenten. Blijf cliënten wijzen op het belang van gezonde voeding en voldoende beweging. Neem hierin ook het voortouw door vanuit het steunpunt goede voeding aan te blijven bieden en beweegmomenten te organiseren. De cliënten stellen het bijvoorbeeld op prijs om na het eten een wandeling te maken.

Daarnaast is het aan te bevelen om leefstijl te monitoren. Goede hulpmiddelen hierbij zijn niet de meetinstrumenten die gericht zijn op fitheid, maar op leefstijl. Denk hierbij aan het periodiek meten van de bloeddruk en monitoring van cholesterol (Hartstichting, sd). Dit zou in combinatie met de lengte, het gewicht en de buikomvang toegepast kunnen worden. Wel is er nog verder literatuuronderzoek nodig om richtlijnen op te stellen die bij deze doelgroep toegepast kunnen worden.

Vanuit de conclusie is ook naar voren gekomen dat een vast gezicht voor ‘voeding en beweging’ de cliënten stimuleert om hun leefstijl aan te passen. Het is daarom aan te bevelen een coach in te zetten die alleen over deze thema's contact heeft met de cliënten. Denk hierbij aan een leefstijlcoach. Eventueel zou dit een persoon kunnen zijn die over meerdere locaties deze rol vervult. Hierdoor zou er ook op mesoniveau een ontwikkeling plaats kunnen vinden.

Meso

Tijdens het onderzoek kregen de onderzoekers kennis van een voetbalwedstrijd die Philadelphia jaarlijks organiseert. Cliënten zijn hierover erg enthousiast, daarnaast is het natuurlijk een mooi voorbeeld dat weergeeft dat Philadelphia beweging belangrijk vindt. Helaas zijn het lunchpakketje en de tussendoortjes die de cliënten hierbij krijgen niet erg gezond. Om de cliënten en hun omgeving meer te stimuleren tot voldoende beweging en gezonde voeding is het dus aan te raden om de activiteiten die Philadelphia-breed georganiseerd worden onder de loep te nemen op deze punten.

Macro

In Nederland zijn er al verschillende campagnes geweest over gezonde voeding, voldoende beweging, et cetera. Dit onderzoek laat zien dat er voor de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking een andere benaderingswijze nodig is om hen goed te kunnen bereiken. Daarom luidt de oproep aan de maatschappij om ook campagnes op te richten die specifiek gericht zijn op deze doelgroep.

Bibliografie

- Baarda, D. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baarda, D., Goede, M. & Meer, A. (2007). *Basisboek Interviewen - Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Bakker, E. & Buuren, H. van. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Berkel, S. van. (2006). *Bewegen of stilzitten*. Amsterdam: Hogeschool Amsterdam.
- Buekers, D. (2013). Voeding en gehandicaptenzorg - Aandachtspunten en uitdagingen. *Nutrinews*, pp. 12-16.
- Buntinx, W. (2002). Wat is een verstandelijke handicap? *BEOZ*, p. 14.
- Calders, P. (2012). *Jaarboek fysiotherapie Kinesithérapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Didden, R. (2006). *In perspectief*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Didden, R., Duker, P. & Seys, D. (2011). *Gedraganalyse en -therapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Springer Media B.V.
- Ethicus. (s.d.). *Ethiek en beroepshouding in de zorg*. Geraadpleegd op 10 november 2015, van <http://www.beroepshoudingindezorg.nl/page1/beroepscode.html>
- Evenhuis, H. (2013). *Gezond ouder met een verstandelijke beperking*. Rotterdam: Leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten.
- Farmacotherapeutisch Kompas. (2016). *Citalopram*. Geraadpleegd op 31 maart 2016, van <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren-volgens-boek/preparaatteksten/c/citalopram>
- Gezondheidsraad. (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Godlee, F. (2011). What is health? *BMJ*, p. 343.
- Gruyaert, E. (2014). *Start to Run met Evy*. Geraadpleegd op 24 maart 2016, van <http://www.evy.start-to-run-mp3.com/#>
- Hartstichting. (s.d.). *Leefstijl*. Geraadpleegd op 12 mei 2016, van <https://www.hartstichting.nl/risicofactoren/leefstijl#>
- Hartstichting. (s.d.). *Hoge bloeddruk*. Geraadpleegd op 23 mei 2016, van <https://www.hartstichting.nl/risicofactoren/hoge-bloeddruk#>
- Hilgenkamp, T. & Oppewal, A. (s.d.). *VB-fitscan*. Rotterdam: Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, afdeling Huisartsgeneeskunde.
- Hogeschool van Amsterdam. (2013). *CanMEDS Competentieset van HBO-Verpleegkunde*. Geraadpleegd op 31 maart 2016, van http://www.hva.nl/binaries/content/assets/hva/assets_8/canmeds-competentieset-niveaus-complexiteit.
- Jansen, W. & Brohm, R. (2010). *Kwalitatief onderzoeken - Praktische kennis voor de onderzoekende professional*. Delft: Uitgeverij Eburon.

- Janson, T., Stoetman, I. & Lamein, N. (2015). *Gezonde Leefstijl Philadelphia*. Groningen: Philadelphia Zorg en IWP-VB.
- Kennisnetwerk 'Fitheid en mensen met een verstandelijke beperking'. (2014). VB-fitscan.
- Koetsenruijter, R. & Heide, W. van der. (2008). *Reflecteren: Handvatten voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Leeuwen van, R. (2016, 31 maart). Kwalitatieve data. Zwolle: Viaa Hogeschool.
- Metselaar, M. (2015). *Gezondheid en leefstijl*. Geraadpleegd op 16 november 2015, van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Gehandicaptenzorg-Gezondheid.html>
- Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek - zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Normen van lichamelijke (in)activiteit*. Geraadpleegd op 23 mei 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/normen-van-lichamelijke-in-activiteit/>
- Nederlandse Hypofyse Stichting. (2016). *Ziekte van Cushing*. Geraadpleegd op 13 mei 2016, van <https://www.hypofyse.nl/de-aandoeningen/ziekte-van-cushing.html#veel-voorkomende-klachten>
- Nijhuis-Sanden, R. van der. (2011). Grenzen verleggen binnen het speelveld. Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Verstandelijk Gehandicapten.
- NISB. (2015). *30 minuten bewegen*. Geraadpleegd op 16 november 2015, van <http://www.30minutenbewegen.nl/>
- NISB. (2016). *Conditie en fitheid*. Geraadpleegd op 12 mei 2016, van <http://www.nisb.nl/weten/kennisgebieden/gezondheid-en-preventie/conditie-en-fitheid.html>
- NOVO & RUG. (2015). Voeding en Beweging. Groningen.
- OnbeperktGezond. (2013). *Project Lichamelijke activiteit en Fitheid*. Geraadpleegd op 22 december 2015 van http://onbeperktgezond.nl/?page_id=95
- Philadelphia. (2015). *Over Philadelphia*. Geraadpleegd op 16 november 2015, van <http://www.philadelphia.nl/over-philadelphia>
- Philipsen, H. & Vernooy-Dassen, M. (2004). Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts en Wetenschap*, p. 289.
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Health Promot.*
- Rijksoverheid. (s.d.). *Sport voor mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 20 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/inhoud/sport-voor-mensen-met-een-beperking>
- RIVM. (2014). *Wat is een verstandelijke beperking en wat zijn de gevolgen ervan?* Geraadpleegd op 12 mei 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/beschrijving/>

- Robben, M. (2007). *Sport en bewegen voor mensen met een verstandelijke beperking in de vrije tijd*. Arnhem/Nijmegen: NebasNsg.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. & Buntinx, W. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington DC.
- Schijndel-Speet, M. van, Evenhuis, H., Empelen, P. van, Wijck, R. van & Echteld, M. (2013). Development and evaluation of a structured programme for promoting physical activity among seniors with intellectual disabilities: a study protocol for a cluster randomized trial. *BMC Public Health*, p. 746.
- Shoufour, J., Echteld, M. A. & Evenhuis, H. (2015). *Kwetsbaarheid bij ouderen met een verstandelijk beperking: operationalisering, risico en opsporing*. Rotterdam: Erasmus medisch centrum.
- Smid, G. & Rouwette, E. (2009). *Ruimte maken voor onderzoekende professionaliteit - Onderzoekend handelen, handelend onderzoeken*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Smyth, C. & Bell, D. (2006). From biscuits to boyfriends: the ramifications to choice for people with learning disabilities. *British Journal of Intellectual Disabilities*, p. 34, 227-236.
- Stichting Philadelphia Zorg. (2015). *Protocol testen en meten*. Amersfoort.
- Stichting Voedingscentrum Nederland. (2016). *Heb ik een gezond gewicht?* Geraadpleegd op 17 mei 2016, van <http://www.voedingscentrum.nl/nl/mijn-gewicht/heb-ik-een-gezond-gewicht.aspx>
- Stichting Onbeperkt Sportief. (2013). *Kennisnetwerk Fitheid en mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 20 januari 2016 van <http://www.onbeperktsportief.nl/actueel/kennisnetwerk-fitheid-en-mensen-met-een-verstandelijke-beperking>
- Teggelaar, J., Bosch, J. van den & Monster, T. (2008). *Oplossingsgericht werken met mensen met een verstandelijke handicap*. Barneveld: Uitgeverij Nelissen.
- Thuisarts. (2014). *Gezonde leefstijl*. Geraadpleegd op 16 november 2015, van <https://www.thuisarts.nl/gezonde-leefstijl>
- V&VN. (2012). *CanMEDS rollen*. Geraadpleegd op 16 november 2015, van <http://kwaliteitsregister.venvn.nl/Aanbieders/CanMEDS>
- Woude, L. van der. (2001). *Sport voor mensen met een beperking*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verberk, K. de. (2006). *Verpleegkunde volgens het Neuman System Model*. Assen: van Gorcum.
- Vertriest, J. (2005). *Cursus integratieve psychologie*.
- Voedingsbureau de Winter (2015). *Tips om gezonder te eten*. Geraadpleegd op 3 december 2015, van <https://www.voedings-advies.nl/persoonlijke-begeleiding/gezond-leven/verstandelijk-gehandicapten>
- Voedingscentrum. (2016). *Richtlijnen Schijf van Vijf*. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland.
- Waninge, A. (2016, 7 december). Training meetinstrumenten. (M. Brakke, L. Vlastuin, & M. Bos, Interviewers)

Bijlagen

1) Verslag contractgesprek

Datum: 05-11-2015

Aanwezig: Karin Volkers (Coördinator Kenniscentrum Philadelphia)

Maarten van Garderen (Docent Viaa Hogeschool)

Lisanne Vlastuin, Marjel Brakke, Marit Bos (Vierdejaarsstudenten HBO-V)

Tijdens het eerste gesprek wat gevoerd is in het kader van ons afstudeeronderzoek zijn verschillende items besproken. Allereerst heeft er een kennismaking plaatsgevonden, waarbij een ieder zich heeft voorgesteld en zijn of haar relatie met (de doelgroep van) het onderzoek heeft uitgesproken. Daarna is de doelstelling van het onderzoek vastgelegd, hebben we gesproken over de verschillende aspecten die invloed zullen hebben op het onderzoeken over de begeleiding tijdens dit afstudeeronderzoek.

Doelstelling

Het is de bedoeling dat we onderzoek doen naar de bevordering van een gezonde leefstijl bij de cliënten die wonen op de specifieke locatie van Philadelphia. Hier wonen mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking in de leeftijd van 20 tot 30 jaar. De cliënten gaan tussen 9.00 u en 16.00 u naar een dagbesteding of naar het werk. Als de cliënten hiervan terugkomen is er begeleiding voor hen. Voor dit onderzoek is het de bedoeling dat wij ieder vier cliënten begeleiden als personal coach. Met behulp van observaties, het stellen van vragen en een verkenning van het leven van de individuele cliënt kunnen we interventies opzetten en deze vervolgens uitvoeren en evalueren. We zullen onderzoeken of een bepaalde interventie effect heeft of niet, en hoe dat komt. Creativiteit in het bedenken van nieuwe interventies wordt gestimuleerd. Of de desbetreffende interventies effect hebben, wordt gemeten door middel van verschillende meetinstrumenten. Er is een meting uitgevoerd in maart 2015 maar aan het begin van ons onderzoek zullen we nogmaals een meting doen om goed in kaart te kunnen brengen hoe de situatie is voor wij ons onderzoek starten. Aan het eind van ons onderzoek zullen we nogmaals de metingen doen om zo het effect van de interventies te kunnen meten. Deze meting zal worden gedaan aan de hand van al bestaande meetinstrumenten. Om deze meetinstrumenten goed af te kunnen nemen zullen we nog een cursus krijgen aan de Hanzehogeschool te Groningen.

Aspecten die invloed hebben

Tijdens het gesprek hebben we van Karin uitleg gekregen over de verschillende onderzoeken die al gedaan zijn op het gebied van voeding, beweging en gezonde leefstijl. Deze onderzoeken hebben geresulteerd in verschillende interventies. Zo is er een beweegtas ontwikkeld, is er lesmateriaal en een handleiding geschreven rondom gezonde voeding, en is een certificaat voor cliënten als stimulans om gezond te eten. Tijdens ons onderzoek kunnen we teruggrijpen op deze interventies omdat deze al bekend zijn bij de cliënten en hun begeleiders.

Begeleiding

Karin Volkers is de overkoepelend onderzoeksbegeleidster maar we zullen ook een contactpersoon krijgen op de locatie. Daarnaast zullen we veel contact hebben met de begeleiders van de cliënten en met andere betrokkenen rondom de zorg aan de cliënten. Maarten van Garderen is onze begeleidend docent in dit afstudeeronderzoek. Bij vragen rondom het opzetten van een onderzoeksopzet zullen wij hem benaderen. Ook kunnen wij hem benaderen als er andere dingen zijn waar we tijdens ons onderzoek tegenaan lopen.

Afspraken

- Data mailen naar Karin Volkers voor het volgen van cursus rondom meetinstrumenten + nadere kennismaking op de locatie.
- Bekijken welke documenten we graag digitaal willen ontvangen voor ons onderzoek als het gaat om de documenten die we op papier hebben gekregen.
- Eerst gaan we zelfstandig het onderzoeksplan vormgeven, in een later stadium kunnen we het onderzoeksplan, gemaakt door Philadelphia, nog inzien.
- Concept-onderzoeksplan zullen we voor de kerst inleveren bij Maarten. Wanneer we vragen hebben, trekken we aan de bel. Maar ook Maarten zal actief ons proces volgen.

2) Vragenlijst Voeding

Voor het bereiken van een gezonde leefstijl is inventarisatie van het huidig voedingspatroon zinvol. Aan de hand van deze lijst kan heel grofweg in kaart gebracht worden wat er gegeten en gedronken wordt.

Eetmomenten:

Wanneer en waar wordt er gegeten en gedronken? Wie maakt het eten? Wat wordt gegeten en gedronken, gebruik de geplastificeerde plaatjeskaarten voor inventarisatie.

Geef het aantal aan op de stippellijn en/of omcirkel waar nodig.

Ontbijt:

<u>weekdagen</u>	<u>weekend</u>
Alleen/huiskamer/kantine/groep/	Alleen/huiskamer/kantine/groep/
Wie maakt het?	Wie maakt het?
Inventarisatie: ... x brood / ontbijtgranen ... x cracker, beschuit wel / geen margarine ... x plakjes vleeswaren ... x plakjes kaas ... x glas / kom zuivel ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente Anders:.....	Inventarisatie: ... x brood / ontbijtgranen ... x cracker, beschuit wel / geen margarine ... x plakjes vleeswaren ... x plakjes kaas ... x glas / kom zuivel ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente Anders:.....

Tussendoortje:

<u>weekdagen</u>	<u>weekend</u>
Alleen/huiskamer/kantine/groep/	Alleen/huiskamer/kantine/groep/
Wie verzorgt het?	Wie verzorgt het?
Inventarisatie: ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente ... x koekje: x brood Anders:.....	Inventarisatie: ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente ... x koekje: x brood Anders:.....

Lunch:

<u>weekdagen</u>	<u>weekend</u>
Alleen/huiskamer/kantine/groep/	Alleen/huiskamer/kantine/groep/
Wie maakt het eten?	Wie maakt het eten?
Inventarisatie: ... x brood ... x cracker, beschuit wel / geen margarine ... x plakjes vleeswaren ... x plakjes kaas ... x glas / kom zuivel ... x kop thee / koffie / bouillon / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente Anders:.....	Inventarisatie: ... x brood ... x cracker, beschuit wel / geen margarine ... x plakjes vleeswaren ... x plakjes kaas ... x glas / kom zuivel ... x kop thee / koffie / bouillon / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente Anders:.....

Tussendoortje:

<u>weekdagen</u>	<u>weekend</u>
Alleen/huiskamer/kantine/groep/	Alleen/huiskamer/kantine/groep/
Wie verzorgt het?	Wie verzorgt het?
Inventarisatie: ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente ... x koekje: x brood Anders:.....	Inventarisatie: ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente ... x koekje: x brood Anders:.....

Warme maaltijd:

<u>weekdagen</u>	<u>weekend</u>
Alleen/huiskamer/kantine/groep/	Alleen/huiskamer/kantine/groep/
Wie maakt het eten?	Wie maakt het eten?
Inventarisatie: ... x maaltijd apetito + wel / geen aanvulling ... x portie rauwkost ... x vlees / vis ... x aardappelen / pasta / rijst / peulvruchten ... x groente ... x glas / kom zuivel ... x glas water ... x fruit Anders:.....	Inventarisatie: ... x maaltijd apetito + wel / geen aanvulling ... x portie rauwkost ... x vlees / vis ... x aardappelen / pasta / rijst / peulvruchten ... x groente ... x glas / kom zuivel ... x glas water ... x fruit Anders:.....

Tussendoortje:

<u>weekdagen</u>	<u>weekend</u>
Alleen/huiskamer/kantine/groep/	Alleen/huiskamer/kantine/groep/
Wie verzorgt het?	Wie verzorgt het?
Inventarisatie: ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente ... x koekje: x brood ... x glas / kom zuivel Anders:.....	Inventarisatie: ... x kop thee / koffie / glas water koffiemelk / suiker / zoetjes ... x fruit / groente ... x koekje: x brood ... x glas / kom zuivel Anders:.....

Wanneer wordt fruit gegeten:.....

Wanneer is de borrelavond:.....

Eigen koekjes / snoepjes / chips / enz. en wanneer neem je daar iets van:

.....

Voorkeuren:

Lievelingsgerecht?

.....

Heel erg vies?

.....

3) Vragenlijst Bewegen

Huidige situatie (algemeen)

1. Waar werk je?
2. Welke activiteiten doe je op je werk?
.....
3. Op welke dagen ben je aan het werk?
.....
4. Hoe laat begin je met werken?.....
5. Hoe laat ben je klaar met werken?
6. Hoe ga je naar het werk toe?.....

Huidige situatie (beweegactiviteit(en) en sport(en))

5. Doe je beweegactiviteit(en) naast dagbesteding of werk: Ja / Nee
6. Welke beweegactiviteit(en) doe je?.....
.....
.....
7. Op welke dagen doe je deze beweegactiviteit?.....
.....
8. Heb je vroeger aan een sport gedaan?. Ja / Nee
9. Zo ja, welke sport(en) heb je toen gedaan?.....
.....
10. Wanneer ben je gestopt met die sport(en)?
11. Waarom ben je gestopt met die sport(en)?
-
-

Zondag/Maandag/Dinsdag/Woensdag/Donderdag/Vrijdag/Zaterdag

Opstaan → Ontbijt

.....

.....

Ontbijt → Pauze

.....

.....

Pauze → Lunch

.....

.....

Lunch → Pauze

.....

.....

Pauze → Avondeten

.....

.....

Avondeten → Pauze

.....

.....

Pauze → Bedtijd

.....

.....

4) Observatiepunten

Observatiepunten voor de coaches

Bij de oriëntatie Bewegen

- Wat vindt de cliënt leuk?
- Teamverband of individueel?
- Competitieverricht of prestatieverricht?
- Binnen of buiten?
- Wat heeft de cliënt in het verleden aan sport gedaan? Wat werkte toen wel of niet?

Bij de oriëntatie Voeding

- Wat vindt de cliënt lekker? (zoet/hartig/..?)
- Wat zijn de huidige gewoontes?
- Op welk gebied is de cliënt gemotiveerd gewoontes aan te passen? (ontbijt, lunch, diner, tussendoortjes?)
- Wat zijn valkuilen?
- Hoe zijn eerdere pogingen om gezond te eten verlopen?

Observatiepunten bij de evaluatie het bepalen of de interventie geschikt is

- Reactie van de cliënt
- Inbreng van de begeleiders: schatten zij in dat het vol te houden is?
- Blijft het haalbaar, is het vol te houden?
- Hoe is de huidige benaderingswijze en wat is hier het effect van?
- Wat is het effect op de fitheid van de cliënt? Hoe zit hij/zij in zijn/haar vel?
- Levert de interventie iets op of is het alleen maar moeilijk/lastig?

5) Logboek

Datum	Activiteit
12-9-2015	Vaststelling top 5 onderzoeksonderwerpen
14-9-2015	Afstudeerproject 'Leefstijl' toegewezen gekregen
17-9-2015	Begeleidend docent: Joanne Lassche Tweede beoordelaar: Reina Timmer
24-9-2015	Eerste contact met Karin Volkers
8-10-2015	Wisseling begeleidend docent: Maarten van Garderen
5-11-2015	8.30-10.00 uur afspraak met Maarten, Karin, Marit, Lisanne en Marjel op hoofdkantoor Philadelphia voor het contractgesprek
10-11-2015	Start onderzoeksplan
16-11-2015	Gespreksverslag contractgesprek
26-11-2015	Eerste concept onderzoeksplan ingeleverd
2-12-2015	Gesprek met Maarten, Marit, Lisanne en Marjel over eerste concept onderzoeksplan (feedback)
16-12-2015	Tweede concept onderzoeksplan ingeleverd
7-12-2015	Afspraak in Groningen met Aly Waninge, Marit, Lisanne en Marjel voor uitleg van de meetinstrumenten
4-1-2016	Peer review onderzoeksplan Officiële eerste kans onderzoeksplan ingeleverd
21-1-2016	Eerste beoordeling door Maarten en Reina onderzoeksplan: onvoldoende
29-1-2016	Tweede kans onderzoeksplan ingeleverd
3-2-2016	Start onderzoek. Eerste meting op locatie Vathorst 16.00-20.00 uur + oriënterend gesprek met Janine (verwachtingen afstemmen)
5-2-2016	Kennismaking in het team tijdens vergadering 11.30 uur
10-2-2016	Vragenlijsten bewegen en voeding afgenomen bij Anton, Max en Rob

11-2-2016	Vragenlijsten bewegen en voeding afgenomen bij Ruth, Cor, Seth en Mike
3-2-2015 tot en met 26-2-2015	Vragenlijsten uitgewerkt tot gespreksverslagen
15-2-2016	Workshops vragenlijst en interviewtraining gevolgd Afspraak met Maarten, afspraken gemaakt hoe het onderzoek verder te doen. Onderzoeksplan nog aangepast naar aanleiding van dit gesprek
18-2-2016	Vragenlijsten bewegen en voeding afgenomen bij Thijs, Thom en Bram
19-2-2016	Onderzoeksplan voldoende beoordeeld. Peer review en zoekplan dient nog toegevoegd te worden. Het totaal moet nog op papier ingeleverd worden.
24-2-2016	Afspraak op school met Marit, Lisanne en Marjel. Onderzoeksopzet incl. peer review en zoekplan ingeleverd Verdere afspraken gemaakt voor vervolg.
2-3-2016	Afspraak met Janine om de cliënten en de interventies te bespreken (12.30 tot 14.00 uur). Afgesproken dat Janine in deze week de gegevens van de cliënten uit het EPD stuurt. In de daaropvolgende dagen: verdieping in de gegevens van de cliënten en voorbereiding op de gesprekken met de cliënten
17-3-2016	Gesprekken met Max, Ruth, Mike, Thijs, Bram om de interventies te bespreken
21-3-2016	Workshop SPSS op school, daarna bezig met het afstudeerverslag/literatuur zoeken/etc.
22-3-2016	Gesprekken met Cor, Anton, Rob, Thijs, Om de interventies te bespreken
31-3-2016	Workshops kwalitatieve analyse en schrijven onderzoeksverslag gevolgd
1-4-2016	Marit heeft belafsprak met Seth en Lisanne met Anton om de interventies te bespreken
6-4-2016	Afspraak met Janine om interventies te bespreken: evalueren waar mogelijk en praktische afspraken te maken.
Week 11 en 12	Introductie interventies

31 maart 2016	Workshop volgen over schrijven van eindverslag + bezig met uitwerken van verslag, plannen wanneer we wat willen doen.
Week 15 en 16	Evaluatie interventies met Janine en cliënten Bezig met eindverslag Gesprek met Maarten over vordering onderzoek (18 april)
Week 17	Bezig met eindverslag Plannen eindpresentaties met Janine, Karin en Maarten
Week 18	Concept eindverslag verder uitwerken + afspraken maken met de locatie om laatste afspraken te plannen. 3 mei eindmetingen bij de cliënten op locatie
Week 19	9 mei concept eindverslag afronden + inleveren 12 mei gesprek met Maarten over conceptverslag
Week 20 + 21	Feedback verwerken + definitief verslag inleveren

